



# Resumen de beneficios de 2022

Texas

**Wellcare No Premium Open (PPO)**

H7323 | 004

**Wellcare No Premium Open (PPO)**

H7323 | 007

**Wellcare Low Premium Open (PPO)**

H7323 | 001

**Sabemos lo importante que es tener un plan de salud con el que puede contar.**

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO), y Wellcare Low Premium Open (PPO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

**¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vive en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

**Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H7323004000 wellcare no Premium Open (PPO)** incluye estos condados en Texas: Atascosa, Bexar, el paso y Medina.

**H7323007000 Wellcare No Premium Open (PPO)** incluye estos condados en Texas: Hidalgo and Starr.

**H7323001000 wellcare Low Premium Open (PPO)** incluye estos condados en Texas: Bastrop, blanco, Burnt, Caldwell, Hays, Lee, Milam, Travis y Williamson.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Organizaciones de proveedores preferidos (PPO)** Disfrutará de la libertad y flexibilidad para acceder a su atención médica donde la desee y cuando la desee. Usted puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero por lo general pagará menos cuando utilice proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado.

Los proveedores fuera de la red / no contratados no tienen la obligación de tratar miembros del plan Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Low Premium Open (PPO) excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Nuestros planes también incluyen cobertura de medicamentos con receta médica y acceso a nuestra gran red de farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare No Premium Open (PPO) and Wellcare Low Premium Open (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura de medicamentos recetados, nuestro formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare).

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare).

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braile, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H7323004000 Wellcare No Premium Open (PPO)</b> incluye estos condados en Texas: Atascosa, Bexar, El Paso, y Medina.  <b>H7323007000 Wellcare No Premium Open (PPO)</b> incluye estos condados en Texas: Hidalgo y Starr.  <b>H7323001000 Wellcare Low Premium Open (PPO)</b> incluye estos condados en Texas: Bastrop, Blanco, Burnet, Caldwell, Hays, Lee, Milam, Travis, y Williamson.</p>		
<b>Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.</b>			
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$20
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,400 dentro de la red anualmente \$5,100 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$6,700 dentro de la red anualmente \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$6,700 dentro de la red anualmente \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$275 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 20% de coaseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 20% de coaseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 30% de coaseguro por estadía.</p>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$300 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$300 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$300 de copago
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$20 de copago
Especialistas	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas)).	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Atención de emergencia</b>	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$90 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$45 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b>  Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$10 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$10 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$10 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$50 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. \$250 de copago por servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un centro para pacientes ambulatorios. 40% de coseguro para todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en todos los demás lugares.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$150 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. \$250 de copago por servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un centro para pacientes ambulatorios. 40% de coseguro para todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en todos los demás lugares.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$50 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. \$250 de copago por servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$350 de copago por todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un centro para pacientes ambulatorios. 40% de coseguro para todos los servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en todos los demás lugares.</p>
Radiología terapéutica	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare baja Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago
Examen de audición de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s) /evaluación(es) cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s) /evaluación(es) cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 ajuste(s) /evaluación(es) cada año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Asignación para audífonos  Todos los tipos	Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b>  Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b>  Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b>  Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Servicios dentales</b>			
Servicios preventivos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses  2 exámenes orales cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses  2 exámenes orales cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  Limpiezas 2 cada año  Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses  2 exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro  1 cada año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Servicios integrales Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicio de diagnóstico cada año	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicio de diagnóstico cada año	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago * <b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro 1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro
	1 servicio (s) de Endodoncia por diente	1 servicio (s) de Endodoncia por diente	1 servicio (s) de Endodoncia por diente
	1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses	1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses	1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses
	1 extracción(es) por diente	1 extracción(es) por diente	1 extracción(es) por diente
Servicios que no son de rutina	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro
	1 servicios no rutinarios todos los días hasta los 24 meses	1 servicios no rutinarios todos los días hasta los 24 meses	1 servicios no rutinarios todos los días hasta los 24 meses

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*



**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro</p> <p>1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>
Información dental adicional	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Servicios de la vista</b>  Examen de la vista cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$ 35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Detección de glaucoma	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$50 de copago
Anteojos de rutina  Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos) / Marcos de antejo  Asignación para anteojos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año  *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta \$100 de asignación combinada cada año.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año  *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año  *  <b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  Hasta una asignación combinada de \$400 cada año.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Servicios de salud mental</b>			
Consulta como paciente hospitalizado	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 40% de coaseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 40% de coaseguro por estadía.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-90: 40% de coaseguro por estadía.</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$25 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Centro de enfermería especializada (enfermería)</b>	<p><b>En red</b> Por cada período de beneficios, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$168 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 50% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p><b>En red</b> Por cada período de beneficios, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 50% de coseguro por período de beneficios.</p>	<p><b>En red</b> Por cada período de beneficios, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$184 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1-100: 50% de coseguro por período de beneficios.</p>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>  Fisioterapia	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago</p> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$60 de copago</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$30 de copago
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$250 de copago
Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$275 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$250 de copago
<b>Servicios de transporte</b>	Hasta 24 viajes de un solo tramo cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 24 viajes de un solo tramo cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 24 viajes de un solo tramo cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. Pueden aplicar límites de kilometraje. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de ida) *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
	<p><b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>	<p><b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>	<p><b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 30% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 30% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*



Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007	Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001			
<b>Etapa 1: Deducible anual de medicamentos recetados</b>						
<b>Deducible</b>	\$250 para nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (Nivel de especialidades) medicamentos recetados de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	\$200 para nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (Nivel de especialidades) Parte D de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	\$200 para nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (Nivel de especialidades) Parte D de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.			
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>						
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.						
<b>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>						
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$10 / \$30 de copago	\$15 / \$45 de copago	\$3 / \$9 de copago	\$8 / \$24 de copago	\$1/\$3 de copago	\$5 / \$15 de copago



<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>			
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)</b>						
<b>Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)</b>						
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$10 / \$0 de copago	\$15 / \$45 de copago	\$3 / \$0 de copago	\$8 / \$24 de copago	\$ 1 / \$ 0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marcas preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$35 / \$70 de copago	\$45 / \$135 de copago	\$25 / \$50 de copago	\$35 / \$105 de copago	\$35 / \$70 de copago	\$45 / \$135 de copago

<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	40% / 40% de coseguro	42% / 42% de coseguro	43% / 43% de coseguro	45% / 45% de coseguro	42% / 42% de coseguro	44% / 44% de coseguro
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	28% de coseguro /No disponible	28% de coseguro /No disponible	29% de coseguro /No disponible	29% de coseguro /No disponible	29% de coseguro /No disponible	29% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004		Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007		Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>						
	<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 y los del nivel 1, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Prueba de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 y los del nivel 1, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Prueba de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	<p>Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanzan \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos del nivel 6 y los del nivel 1, nivel 2 usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Prueba de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>			

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004		Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007		Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>						
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (incluyendo los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (incluyendo los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (incluyendo los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>			

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, al menudeo, en un centro de atención a largo plazo [Long Term Care, LTC]), infusión en el hogar, ya sea que la farmacia esté en nuestra red preferida o estándar o si la receta es un suministro para un plazo corto (suministro para 30 días) o para un plazo largo (suministro para 90 días).

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Vardenafil en el nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis pastillas cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la parte D bajo Medicare, no están cubiertos por Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte el Formulario y la Prueba de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$35 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *  <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$50 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$35 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *  <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$50 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$30 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. *  <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$50 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad

	cubierto por Medicare.	cubierto por Medicare.	cubierto por Medicare.
--	------------------------	------------------------	------------------------

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*



**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
	\$40 de coseguro para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	\$40 de coseguro para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.	\$40 de coseguro para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$50 de copago</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>		

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

### Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>
<p><b>Equipo/suministros médicos</b></p> <p>Equipo médico duradero (DME)</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Prótesis	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro
Suministros para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *
	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro	<b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago *	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago *
	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$50 de copago

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	<p>\$0 de copago El importe máximo total del beneficio es de \$55 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Los miembros pueden comprar artículos en ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.</p>	<p>\$0 de copago El importe máximo total del beneficio es de \$35 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Los miembros pueden comprar artículos en ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.</p>	<p>\$0 de copago El importe máximo total del beneficio es de \$60 cada tres meses</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Los miembros pueden comprar artículos en ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

### Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004	Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007	Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>

Sesiones adicionales de tabaquismo y cesación del tabaco asesoramiento	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
	Limitado a 5 consultas cada año	Limitado a 5 consultas cada año	Limitado a 5 consultas cada año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 004</b>	<b>Wellcare No Premium Open (PPO) H7323, Plan 007</b>	<b>Wellcare Low Premium Open (PPO) H7323, Plan 001</b>
Adicional de rutina física anual	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago <b>Lo que usted debe saber:</b> Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<u>No</u> cubierto	\$300 beneficio anual  <b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.	<u>No</u> cubierto

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.*



ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711).

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagan ti 1-877-374-4056 (TTY: 711).

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Sāmoa, gagana 'au'aunaga fesoasoani, fai fua leai se totagi, o lo'o avanoa ia te 'oe. Vala'au le 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Maliu: Inā 'ōlelo Hawai'i 'oe, he lawelawe māhele 'ōlelo, manuahi, i lako iā 'oe. E kelepona iā 1-877-374-4056 (TTY: 711).

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-844-917-0175 (TTY: 711)

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

- **Para los planes con prima del plan (No se aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- **Sólo para los planes HMO:** Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- **Sólo para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- **Solo para planes C-SNP:** este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califique.
- **Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

## **Comuníquese con nosotros**

**Para obtener más información, comuníquese con nosotros:**

### **Por teléfono**

Llame gratis al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

### **Horario de atención**

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

**Online** [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare)

**Estamos con nuestros miembros a cada paso del camino.**

Centene, Inc. es un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.