



2025

Resumen de beneficios

New Jersey

Wellcare Giveback (HMO-POS)

H0913 | 021

Wellcare Simple (HMO-POS)

H0913 | 002

Wellcare Assist (HMO-POS)

H0913 | 015

Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple (HMO-POS) y Wellcare Assist (HMO-POS) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costos compartidos. No enumera todos los servicios, limitaciones o exclusiones. Encontrará la lista completa de servicios en la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.wellcare.com/medicare. Para solicitar una copia, llame al 1-800-225-8017 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en estos planes, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no se paga de otro modo en virtud de New Jersey Family Care (Medicaid) o por parte de un tercero. Para ser elegible, también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos.

Cubrimos los servicios y artículos que figuran en este documento y en la *Evidencia de cobertura* si son médicaamente necesarios.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H0913021000 Wellcare Giveback (HMO-POS) incluye estos condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, y Warren.

H0913002000 Wellcare Simple (HMO-POS) incluye estos condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, y Warren.

H0913015000 Wellcare Assist (HMO-POS) incluye estos condados en New Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, y Warren.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “Medicare & You” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las **Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los

miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Los planes de **Organización para el mantenimiento de la salud - Punto de servicio (Health Maintenance Organization - Point of Service, HMO-POS)** son planes HMO con el beneficio de punto de servicio (POS). El beneficio de POS les permite a los miembros recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios dentales de rutina, como se indica en la sección "Beneficios" de este documento. Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red. Usted no necesita una remisión para recibir atención fuera de la red para su beneficio de POS. Sin embargo, se le recomienda que, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, confirme con nosotros que los servicios cuenten con nuestra cobertura. Si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la cobertura y usted tendrá que pagar los costos. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su **Evidencia de cobertura** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Nuestros planes le brindan acceso a nuestra red de proveedores médicos especializados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un **Directorio de proveedores y farmacias** actualizado o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.2025wellcaredirectories.com. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple (HMO-POS) y Wellcare Assist (HMO-POS) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

Nuestros planes también incluyen cobertura para medicamentos con receta y acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas 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 utilizar? Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple (HMO-POS) y Wellcare Assist (HMO-POS) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede utilizar proveedores fuera de la red para los servicios dentales de rutina. Para todos los demás servicios, debe utilizar proveedores que estén dentro de nuestra red; de lo contrario, es posible que el plan no pague los servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el *Directorio de proveedores y de farmacias* de nuestro plan en www.2025wellcaredirectories.com. Para los planes con cobertura para medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) está en nuestro sitio web en www.wellcare.com/medicare.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información, o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-800-225-8017 (los usuarios de TTY deben llamar al 711): el horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
<p>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>			
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$41 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción en la prima de la Parte B	Este plan ofrece \$58.50 a devolverse cada mes en su cheque del Seguro Social.	<u>No</u> está disponible	<u>No</u> está disponible
Deductible	\$260 de deducible por determinados servicios de la Parte B dentro de la red	No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D.	No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D.
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,850 por año Esto es lo máximo que usted pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B al año.	\$8,300 por año Esto es lo máximo que usted pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B al año.	\$7,550 por año Esto es lo máximo que usted pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B al año.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$1,545 de copago por estadía por los días 1 al 90 <p>*</p>	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$435 de copago por día por los días 1 al 5• \$0 de copago por día por los días 6 al 90 <p>*</p>	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$375 de copago por día por los días 1 al 7• \$0 de copago por día por los días 8 al 90• \$0 de copago por día por los días 91 al 120 <p>*</p>

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. \$475 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos. \$350 de copago por servicios no quirúrgicos para pacientes externos, incluida la atención paliativa para pacientes externos. *	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. 30% de coseguro por servicios quirúrgicos para pacientes externos. \$400 de copago por servicios no quirúrgicos para pacientes externos, incluida la atención paliativa para pacientes externos. *	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. 20% de coseguro por servicios quirúrgicos para pacientes externos. \$300 de copago por servicios no quirúrgicos para pacientes externos, incluida la atención paliativa para pacientes externos. *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$475 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.	\$110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. 30% de coseguro por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.	\$110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. 20% de coseguro por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *	\$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *	\$250 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$50 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *
Cuidado preventivo (p. ej., consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$110 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$110 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$110 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios de urgencia	\$40 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$25 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$25 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes			
Servicios de laboratorio	\$20 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio. \$50 de copago por pruebas genéticas. *	\$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio. \$50 de copago por pruebas genéticas. *	\$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio. \$50 de copago por pruebas genéticas. *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$100 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *	\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$40 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *	\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$50 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *
Radiografías para pacientes externos	\$50 de copago *	\$75 de copago *	\$50 de copago *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan))	\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$350 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *	\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$400 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico en un entorno para pacientes externos. \$200 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. *	\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$300 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. \$150 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios auditivos Examen de audición cubierto por Medicare	\$50 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año	<u>Sin</u> cobertura
Audífonos			
Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año Los audífonos no están cubiertos.	\$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año	<u>Sin</u> cobertura
Asignación para audífonos		Hasta \$350 de asignación por oído cada año para audífonos.	
Todos los tipos	<u>Sin</u> cobertura	\$0 de copago * Se limita a 2 audífono(s) cada año	<u>Sin</u> cobertura

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Información adicional sobre audición	Qué debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.	Qué debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.	Qué debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	\$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de rutina de diagnóstico y preventivos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Tratamiento con fluoruro	juego(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada año	juego(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada año	juego(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada año
Otros servicios dentales de diagnóstico	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 25% de coseguro * 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio
Otros servicios dentales preventivos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios integrales de rutina	25% de coseguro 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio	25% de coseguro 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio	25% de coseguro 1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio
Servicios de restauración	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red \$20% de coseguro Fuera de la red 30% de coseguro *
Endodoncia/Periodoncia	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red 30% de coseguro *
Cirugia oral y maxilofacial	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red <u>Sin</u> cobertura Fuera de la red <u>Sin</u> cobertura	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red 30% de coseguro *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios generales complementarios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 30% de coseguro *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</p>
Información dental adicional	<p>Lo que debe saber: Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de asignación.</p> <p>Usted puede usar dentistas dentro o fuera de la red para atención dental de rutina</p>	<p>Lo que debe saber: Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de asignación.</p> <p>Usted puede usar dentistas dentro o fuera de la red para atención dental de rutina</p>	<p>Lo que debe saber: Este plan incluye cobertura por hasta \$1,000 por año del plan para todos los servicios dentales integrales de rutina cubiertos dentro y fuera de la red.</p>

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
	(servicios no cubiertos por Medicare). Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más elevados si usa proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están contratados para aceptar el plan de pagos como pago completo. Podrían cobrarle más de lo que paga el plan.	(servicios no cubiertos por Medicare). Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más elevados si usa proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están contratados para aceptar el plan de pagos como pago completo. Podrían cobrarle más de lo que paga el plan.	Usted puede usar dentistas dentro o fuera de la red para atención dental de rutina (servicios no cubiertos por Medicare). Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más elevados si usa proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están contratados para aceptar el plan de pagos como pago completo. Podrían cobrarle más de lo que paga el plan.
Atención de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos o lentes de contacto de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos Asignación para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago * Hasta \$100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.	\$0 de copago * Hasta \$100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.	\$0 de copago * Hasta \$100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios de atención de la salud mental	<p>Consulta como paciente internado</p> <p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,872 de copago por estadía por los días 1 al 90 <p>*</p>	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,850 de copago por estadía por los días 1 al 90 <p>*</p>	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$465 de copago por día por los días 1 al 4 • \$0 de copago por día por los días 5 al 90 <p>*</p>
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$40 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *
Consulta para terapia grupal como paciente externo	\$40 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día por los días 1 al 20 • \$214 de copago por día por los días 21 al 70 • \$0 de copago por día por los días 71 al 100 <p>*</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día por los días 1 al 20 • \$214 de copago por día por los días 21 al 70 • \$0 de copago por día por los días 71 al 100 <p>*</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día por los días 1 al 20 • \$214 de copago por día por los días 21 al 60 • \$0 de copago por día por los días 61 al 100 <p>*</p>
Servicios de terapia y rehabilitación			
Fisioterapia	\$35 de copago *	\$35 de copago *	\$30 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$35 de copago *	\$35 de copago *	\$30 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$15 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Ambulancia			
Ambulancia terrestre	\$260 de copago *	\$270 de copago *	\$325 de copago *
Ambulancia aérea	\$260 de copago *	\$270 de copago *	\$325 de copago *
Servicios de transporte	<u>Sin</u> cobertura	<u>Sin</u> cobertura	<u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican la lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo, y puede cambiar trimestralmente.	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican la lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo, y puede cambiar trimestralmente.	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican la lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo, y puede cambiar trimestralmente.

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Insulina	\$35 de copago (máximo por mes) *	\$35 de copago (máximo por mes) *	\$35 de copago (máximo por mes) *
Antígeno de alergia	0% de coseguro *	0% de coseguro *	0% de coseguro *

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Etapa 1: Etapa del deducible anual			
Deductible	\$420 por medicamentos con receta de la Parte D (esto se aplica a los medicamentos en Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)). En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.	\$420 por medicamentos con receta de la Parte D (esto se aplica a los medicamentos en Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)). En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.	\$590 por medicamentos con receta de la Parte D (esto se aplica a los medicamentos en Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)). En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021		Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002		Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)						
Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.						
Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).						
Mensaje importante acerca de lo que paga por insulina: Usted no pagará más de \$35 por un suministro para hasta un mes, \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto sin importar cual sea su nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).						
Costo compartido minorista (30 días/Hasta 100 días de suministro)						
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$9 / \$27 de copago	\$19 / \$57 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$10/\$30 de copago	\$19 / \$57 de copago	\$20 / \$60 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021		Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002		Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	20% / 20% de coseguro	20% / 20% de coseguro			
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	31% / 31% de coseguro	32% / 32% de coseguro	34% / 34% de coseguro	35% / 35% de coseguro	\$100 / \$300 de copago	\$100 / \$300 de copago
Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	25% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	25% de coseguro / <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021		Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002		Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados 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	\$4 / \$12 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015			
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)						
Costo compartido de pedido por correo (30 días/Hasta 100 días de suministro)						
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$9 / \$0 de copago	\$19 / \$57 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$19 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro	20% / 20% de coseguro	20% / 20% de coseguro

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021		Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002		Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	31% / 31% de coseguro	32% / 32% de coseguro	34% / 34% de coseguro	35% / 35% de coseguro	\$100 / \$200 de copago	\$100 / \$300 de copago
Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	28% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	25% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días	25% de coseguro/ <u>No</u> está disponible Se limita a un suministro para 30 días
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	\$0 / \$0 de copago	\$4 / \$12 de copago				

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021		Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002		Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas						
	<p>Usted ingresa a esta etapa después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del servicio de pedido por correo) alcancen \$2,000.</p> <p>Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Usted ingresa a esta etapa después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del servicio de pedido por correo) alcancen \$2,000.</p> <p>Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Usted ingresa a esta etapa después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del servicio de pedido por correo) alcancen \$2,000.</p> <p>Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>			

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en otros niveles que no sean el Nivel 1 y el Nivel 2. Consulte el Formulario del plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en nuestra red estándar, o si la receta es para un medicamento a corto plazo (suministro para 30 días) o a largo plazo (suministro para 100 días).

Medicamentos excluidos:

Wellcare Giveback (HMO-POS) y Wellcare Simple (HMO-POS) incluyen la cobertura para medicamentos mejorada de ciertos medicamentos excluidos, como los de Nivel 1 ácido fólico, vitamina B12, vitamina D2 y solo medicamentos genéricos de sildenafil y vardenafil. Los genéricos de sildenafil y vardenafil tienen un límite de cantidad de seis píldoras cada 30 días.

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

Consulte su Formulario y su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre esta cobertura de medicamentos.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año; o bien, puede visitar www.wellcare.com/MPPP.

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
<p>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>			
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$15 de copago *	\$15 de copago *	\$15 de copago *
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$50 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$25 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$25 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Cubiertos por Medicare	\$50 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *
Consultas virtuales	<p>\$0 de copago por servicios de consultas virtuales realizados a través de Teladoc.</p> <p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual y dermatología, entre otros.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Lo que debe saber: El copago de \$0 mencionado anteriormente solo aplica cuando los servicios se reciben a través de Teladoc. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del proveedor de consultas virtuales, pagará los costos compartidos indicados para dichos proveedores, tal y como se indica en la <i>Evidencia de cobertura</i> (p.ej., si recibe servicios de telesalud de su PCP, pagará el costo compartido del PCP).</p> <p>*</p>		

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Plataforma de apoyo social	<p>Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades terapéuticas, comunitarias, y a recursos patrocinados por el plan que ayudan a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma Twill hace que le resulte fácil unirse y permanecer involucrado a fin de mantener un curso saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.</p>	<p>Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades terapéuticas, comunitarias, y a recursos patrocinados por el plan que ayudan a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma Twill hace que le resulte fácil unirse y permanecer involucrado a fin de mantener un curso saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.</p>	<p>Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades terapéuticas, comunitarias, y a recursos patrocinados por el plan que ayudan a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma Twill hace que le resulte fácil unirse y permanecer involucrado a fin de mantener un curso saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.</p>

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
	<p>Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p>
Agencia de atención médica a domicilio	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Dispositivos protésicos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para la diabetes	<p>\$0 de copago *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>\$0 de copago *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>\$0 de copago *</p> <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$50 de copago *	\$25 de copago *	\$25 de copago *
Programas educativos sobre salud y bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago
Acondicionamiento físico	Lo que debe saber: Para ayudar a promover un estilo de vida activo y saludable, su plan brinda un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Los miembros tienen acceso a	Lo que debe saber: Para ayudar a promover un estilo de vida activo y saludable, su plan brinda un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Los miembros tienen acceso a	Lo que debe saber: Para ayudar a promover un estilo de vida activo y saludable, su plan brinda un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Los miembros tienen acceso a

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
	centros de acondicionamiento físico en persona, programas de ejercicios disponibles a pedido y a una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).	centros de acondicionamiento físico en persona, programas de ejercicios disponibles a pedido y a una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).	centros de acondicionamiento físico en persona, programas de ejercicios disponibles a pedido y a una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen físico anual de rutina	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección /</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección /</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección /</p>

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
	atención de tipo preventivo.	atención de tipo preventivo.	atención de tipo preventivo.
Wellcare Spendables™	<u>Sin</u> cobertura	<u>Sin</u> cobertura	Usted recibirá la cantidad de \$40 cada trimestre precargada en su tarjeta Wellcare Spendables™. Su asignación se carga el primer día de cada trimestre (enero, abril, julio, octubre) y vence el último día de cada trimestre. La asignación de su tarjeta se puede utilizar para:

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
			<p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Su tarjeta se puede utilizar en establecimientos minoristas participantes, a través de la app móvil o si inicia sesión en su portal del miembro para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para resfriados y alergia, y artículos para diabéticos.</p> <p>Para obtener más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
My Wellcare Rewards	<p>Con My Wellcare Rewards, usted gana puntos por completar actividades saludables elegibles.</p> <p>Los puntos pueden canjearse por tarjetas de regalo, de hasta \$75 al año, de sus tiendas favoritas como Walmart®, y más. Puede comenzar a ganar puntos con sólo registrarse.</p> <p>Algunas acciones saludables elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la Evaluación de riesgos para la salud • Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico • Consultas anuales de bienestar • Vacunas anuales contra la gripe 	<p>Con My Wellcare Rewards, usted gana puntos por completar actividades saludables elegibles.</p> <p>Los puntos pueden canjearse por tarjetas de regalo, de hasta \$75 al año, de sus tiendas favoritas como Walmart®, y más. Puede comenzar a ganar puntos con sólo registrarse.</p> <p>Algunas acciones saludables elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la Evaluación de riesgos para la salud • Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico • Consultas anuales de bienestar • Vacunas anuales contra la gripe 	<p>Con My Wellcare Rewards, usted gana puntos por completar actividades saludables elegibles.</p> <p>Los puntos pueden canjearse por tarjetas de regalo, de hasta \$75 al año, de sus tiendas favoritas como Walmart®, y más. Puede comenzar a ganar puntos con sólo registrarse.</p> <p>Algunas acciones saludables elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la Evaluación de riesgos para la salud • Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico • Consultas anuales de bienestar • Vacunas anuales contra la gripe

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO-POS) H0913, Plan 021	Wellcare Simple (HMO-POS) H0913, Plan 002	Wellcare Assist (HMO-POS) H0913, Plan 015
	<ul style="list-style-type: none">• Pruebas de detección de cáncer• Pruebas de hemoglobina A1C <p>Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Pruebas de detección de cáncer• Pruebas de hemoglobina A1C <p>Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Pruebas de detección de cáncer• Pruebas de hemoglobina A1C <p>Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.</p>

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY : 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY : 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY : 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-877-374-4056 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nенpòt keson ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-877-374-4056 (TTY : 711)** にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenco agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagon dakami laeng iti **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຍ່າຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົນແປໝາສູ່ ພົງງາຕໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรา mimic บริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามได้ฯ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของ
เรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทย
ได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-800-225-8017 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Cómo entender los beneficios

- La *Evidencia de cobertura* (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/medicare o llame al 1-800-225-8017 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).
- Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2026.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para solicitar más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar. Si tiene un plan del Mercado, deberá comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, puede estar pagando por una cobertura que no puede utilizar y puede haber multas en su declaración de impuestos del año siguiente.
- Nuestro plan permite que consulte con proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato) para ciertos servicios. Sin embargo, si bien pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar brindarle atención. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores sin contrato podrían negarse a atenderlo. Además, tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que reciba de parte de proveedores que no tienen contrato con nosotros.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un 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.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llamada gratuita al 1-800-225-8017 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



Horario de atención

Lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).



En línea

www.wellcare.com/medicare