



Resumen de beneficios de 2022

Pensilvania

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

H2915 | 002

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

H2915 | 007

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 Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) 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/allwellpa. 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:

H2915002000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Pensilvania: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Blair, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Chester, Clarion, Clearfield, Crawford, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Greene, Indiana, Jefferson, Lawrence, McKean, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Potter, Somerset, Venango, Warren, Washington y Westmoreland.

H2915007000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Pensilvania: Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Northampton, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming y York.

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 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 teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en el plan de Medicaid de Pensilvania. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar con base en la categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Su prima de la Parte B es pagada por el estado de Pensilvania para los afiliados completos dual. Por favor comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos debido a que el estado proporciona cobertura adicional de atención médica y apoyo financiero con base en su nivel de ayuda del programa de ahorros de Medicare (MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

Plan de necesidades especiales duales elegibles (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNPs) son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de atención médica para beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con la elegibilidad y el alcance de los beneficios ofrecidos determinado por el estado en el que se ofrece el plan.

Niveles de Medicare Savings Program, MSP

- **Beneficio completo doble elegible (FBDE):** Medicaid puede pagar por sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)).
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB +).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare
- **Qualified Disabled Working Individual (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A de Medicare

Nota: Algunos niveles de MSP califican automáticamente para "Ayuda adicional" para la asistencia de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Algunos Estados no cubren los costos compartidos de las Partes A & B.

¿Qué es "Ayuda adicional"?

Una asignación por bajos ingresos (LIS), también conocido como "Ayuda adicional", puede estar disponible para ayudarle con gastos de desembolso directo de la Parte D, tales como primas, deducibles, coseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de "Ayuda adicional" y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel en el Medicare Savings Program (MSP) y su estado de elegibilidad doble.

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que aparece en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como de Medicare.

Organizaciones de 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. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellpa. (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan será responsable de los costos).

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 Dual Liberty HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) tienen 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.

Usted puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y para planes con cobertura de medicamentos con receta médica, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta médica de la Parte D) en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellpa.

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de teletipo (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. Viste www.wellcare.com/allwellPA.

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

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H2915002000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Pensilvania: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Blair, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Chester, Clarion, Clearfield, Crawford, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Greene, Indiana, Jefferson, Lawrence, McKean, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Potter, Somerset, Venango, Warren, Washington y Westmoreland.</p> <p>H2915007000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Pensilvania: Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Northampton, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming y York.</p>	
Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales	<p>H2915002000 incluye (FBDE, QMB, QMB+) y H2915007000 incluye (FBDE, QMB, QMB+). Consulte "Niveles de Programas de Ahorro de Medicare ("Medicare Savings Program (MSP) Levels") al principio de este documento.</p>	
<p>Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p>		
Prima mensual del Plan Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0	\$0
Deducible	No deducible	No deducible

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Responsabilidad máxima de gasto de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Cobertura de hospital para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory surgical center, ASC)	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago	\$0 de copago

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Atención preventiva (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 (incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo)).	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios 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 exonerado si es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios 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.
Servicios necesarios de urgencia	\$0 de copago	\$0 de copago

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios 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.	\$120 de copago Emergencias y servicios 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.
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada).	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de audición		
Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Audífonos		
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Asignación para audífonos	1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año	1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año
Todos los tipos	Asignación de hasta \$4,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífono (s) cada año	Asignación de hasta \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífono (s) cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	Lo que debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Servicios odontológicos		
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	2 limpiezas cada año	2 limpiezas cada año
	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses
	2 exámenes bucales al año	2 exámenes bucales al año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos		
Cubierto por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio (s) de diagnóstico cada año	1 servicio (s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	\$0 de copago * 1 servicio (s) de endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente	\$0 de copago * 1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago * 1 servicio (s) no rutinario cada día a 60 meses	\$0 de copago * 1 servicio (s) no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, otros servicios	\$0 de copago * 1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses	\$0 de copago * 1 procedimiento de prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses
Información odontológica adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$4,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos y integrales hasta \$4,000.
Servicios de la vista Examen de la vista Cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare). \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare). *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare). \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare). *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos Asignación para anteojos	\$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año * Hasta \$500 de asignación combinada cada año.	\$0 de copago Lentes de contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año * Hasta un asignación combinada de \$300 cada año.
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *
Servicios de terapia y rehabilitación		
Fisioterapia	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago	\$0 de copago
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de transporte	Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud. \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 36 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
	<p>Lo que usted debe saber: 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>Lo que usted debe saber: 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>
Medicamentos de la Parte B de Medicare		
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *	\$0 de copago *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Etapa 1: Deducible anual del medicamento recetado		
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde).		
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". 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.		
Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días/90 días).		
	Estándar	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
	Estándar	Estándar
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación).				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días).				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De arca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura				
	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 pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.		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 pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.	

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 4: Coberta en situaciones catastróficas				
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o • Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos 		Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o • Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos 	

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 sildenafil y Levitra, solo genéricos 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 cobertura en situación de catastrófica.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$0 de copago Lo que debe saber: 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.	\$0 de copago Lo que debe saber: 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.
Consultas virtuales	<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 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>	
Agencia de atención médica a domicilio	\$0 de copago *	\$0 de copago *

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Comidas Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que usted debe saber: 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que usted debe saber: 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.
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero [Durable Medical Equipment (Durable Medical Equipment, DME)]	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Prótesis	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$0 de copago	\$0 de copago

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
 Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$365 cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$465 cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p>Programas de bienestar</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: Seguimiento de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: 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>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: Seguimiento de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: 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>

Los servicios con un asterisco () pueden requerir autorización previa.
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 002	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H2915, Plan 007
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal [Personal emergency medical response device (PERS)]	\$0 de copago	\$0 de copago
<p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas [Special Supplemental Benefits for Chronically Ill (SSBCI)]</p> <p>Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.</p>	<p>Traslado no médico: Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de un solo tramo sin atención médica todos los años</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>	<p>Traslado no médico: Usted paga un copago de \$0 por hasta 60 viajes de un solo tramo sin atención médica todos los años</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$125 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>
Tarjeta Flex Card	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo directos a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<p>Beneficio anual de \$500</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo directos a un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>

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

Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.

Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales

Los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro plan Medicare Advantage. Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de Beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. No importa cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y Beneficio del Resumen de Beneficios Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame gratis al 1-800-541-2831 de Nueva York Medicaid (teletipo (TTY): 711).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://www.azahcccs.gov/>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Pensilvania, visite <http://www.dhs.pa.gov/> o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Pensilvania en el Resumen de Servicios de Pensilvania en línea en <http://www.dhs.pa.gov/>.

Beneficios actuales del Plan estatal de Medicaid de Pensilvania y servicios basados en el	
Categoría 1: Servicios ambulatorios	
Proveedores de atención primaria	Sin límites
Servicios médicos y servicios médicos y quirúrgicos proporcionados por un odontólogo	Sin límites
Enfermera registrada certificada profesional	Sin límites
Centro de salud calificado a nivel federal/clínica de salud rural	No hay límites excepto para los servicios de atención odontológica como se describe a continuación
Clínica independiente	Sin límites
Clínica para pacientes externos	Sin límites
Servicios de podólogo	Sin límites
Servicios quiroprácticos	Sin límites
Servicios de optometrista	2 consultas (exámenes) por año calendario
Cuidados paliativos	La única limitación clave está relacionada con la atención de relevo, que no puede exceder un total de 5 días consecutivos en un período de certificación de 60 días.
Radiología (por ejemplo: Rayos X, resonancias y tomografías computarizadas)	Sin límites

Servicios odontológicos	<p>Procedimientos dentales de diagnóstico, preventivos, restaurativos, quirúrgicos, prótesis y sedación.</p> <p>Limitaciones clave:</p> <p>Dentaduras postizas - 1 arco superior (completo o parcial) y 1 arco inferior (completo o parcial) de por vida.</p> <p>Los retornos de dentaduras postizas, ya sean completos o parciales, están limitados a 1 arco cada 2 años calendario.</p> <p>Exámenes orales: 1 por 180 días de profilaxis dental: 1 por 180 días</p> <p>La película panorámica maxilar o mandibular individual está limitada a 1 cada 5 años calendario.</p> <p>Coronas, periodoncia y endodoncia únicamente a través de excepción de límite de beneficios aprobado.</p>
Unidad de procedimientos cortos hospitalarios para pacientes externos (Short Procedure Unit, SPU)	Sin límites
Centro de cirugía ambulatoria para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Sin límites
Transporte médico que no es de emergencia	Únicamente hacia y desde los servicios cubiertos de Medicaid.
Clínica de planificación familiar, servicios y suministros	Sin límites
Diálisis renal	<p>La capacitación inicial para diálisis en el hogar se limita a 24 sesiones por paciente por año calendario.</p> <p>Las consultas de respaldo al centro se limitan a no más de 75 por año calendario.</p>
Categoría 2: Servicios de emergencia	
Sala de emergencias	Sin límites
Ambulancia	Sin límites
Categoría 3: Hospitalización	
Hospital para Pacientes Intensivos hospitalizados	Sin límites
Hospital de Rehabilitación para pacientes hospitalizados	Sin límites
Hospital Psiquiátrico para pacientes hospitalizados	Sin límites
Drogas y alcohol para pacientes hospitalizados	Sin límites
Categoría 4: Maternidad y recién nacido	
Maternidad: médico, enfermeras obstétricas certificadas, centros de parto	Sin límites

Categoría 5: Salud mental y abuso de sustancias (salud conductual)	
Clínica psiquiátrica para pacientes externos	Sin límites
Tratamiento de salud mental móvil	Sin límites
Tratamiento de drogas y alcohol para pacientes externos	Sin límites
Mantenimiento con metadona	Sin límites
Clozapina	Sin límites
Hospital psiquiátrico parcial	Sin límites
Apoyo de compañeros	Sin límites
Crisis	Sin límites
Manejo de casos dirigidos, que no sean de salud conductual	Limitado a personas identificadas en el grupo objetivo (sin límites).
Manejo de casos dirigidos, que no sean de salud conductual	Limitado a personas con enfermedad mental grave (SMI) únicamente (sin límites).
Categoría 6: Medicamentos recetados	
Medicamentos recetados	Sin límites
Suplementos nutricionales	Sin límites
Categoría 7: Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	
Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)	365 días por año calendario
Los servicios de atención médica en el hogar incluyen servicios de enfermería, ayuda y terapia.	Ilimitado durante los primeros 28 días; se limita a 15 días cada mes después.
ICF/IID e ICF/ORC	Requiere y nivel institucional de atención (sin límites).
Equipo Médico Durable (Durable Medical Equipment, DME)	Sin límites
Prótesis y ortopedia	<p>Los zapatos ortopédicos y los audífonos no están cubiertos.</p> <p>La cobertura de zapatos moldeados está limitada a zapatos moldeados para afecciones severas de los pies y tobillos y deformidades de tal grado que el beneficiario no puede usar zapatos ordinarios sin correcciones y modificaciones.</p> <p>La cobertura de modificaciones a zapatos ortopédicos son zapatos moldeados se limita a sólo modificaciones necesarias para la aplicación de un aparato ortopédico o férula.</p> <p>La cobertura para ayudas para la visión reducida y prótesis oculares está limitada a 1 por 2 años calendario.</p> <p>La cobertura de una prótesis ocular está limitada a 1 por año calendario.</p>

Cristales para anteojos	Limitado a las personas diagnosticadas con afaquia - 4 lentes por año calendario.
Marcos para anteojos	Limitado a las personas diagnosticadas con afaquia - 2 marcos por año calendario. marcos Deluxe no incluidas.
Lentes de contacto	Limitado a las personas diagnosticadas con afaquia - 4 lentes por año calendario.
Suministros médicos	Sin límites
Terapia (física, ocupacional, del habla) - Rehabilitación	Únicamente cuando los proporciona un hospital, una clínica para pacientes externos o un proveedor de atención médica en el hogar.
Terapia (física, ocupacional, del habla) - Rehabilitación	Únicamente cuando los proporciona un hospital, una clínica para pacientes externos o un proveedor de atención médica en el hogar.
Categoría 8: Servicios de Laboratorio	
Laboratorio	Sin límites
Categoría 9: Servicios preventivos y de bienestar y atención crónica	
Dejar de fumar * *	70, unidades de 15 minutos por año calendario

Todas las unidades de servicio, edad, sexo, diagnóstico y otros límites relacionados con el código de procedimiento todavía aplican como se indica en el programa de cuotas de asistencia médica.

* El plan de beneficios para niños incluirá todos los servicios médicamente necesarios, sin limitación.

* * Dejar de fumar es uno de los servicios preventivos recomendados por el grupo de trabajo de servicios preventivos de los EE. UU. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos más allá de dejar de fumar, comuníquese con su MCO.

Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)	
Servicios	Límites
<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de vida diaria para adultos ● Tecnología de asistencia ● Terapia conductual ● Asesoría de beneficios ● Evaluación de la carrera ● Terapia de Rehabilitación cognitiva ● Integración comunitaria ● Servicios de transición comunitaria ● Asesoramiento ● Desarrollo de habilidades laborales ● Adaptaciones en el hogar ● Comidas entregadas a domicilio ● Asistente de salud en el hogar 	<p>En el marco de integración comunitaria:</p> <p>Cada objetivo distintivo puede que no sea de más veintiséis (26) semanas.</p> <p>No se aprobarán más de 32 unidades por semana para un objetivo. Si el participante tiene múltiples objetivos, no se aprobarán más de 48 unidades por semana.</p> <p>Sin embargo, la oficina de vida a largo plazo conserva la discreción de autorizar más de 48 unidades (12 horas) de integración comunitaria en una semana por hasta 21 horas por semana y por periodos de más de 26 semanas.</p> <p>Los servicios de transición comunitaria están limitados a un total de \$4,000 por participante, de por vida, según lo autorice previamente el estado de Medicaid Oficina del programa de agencia.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Salud en el hogar -enfermería ● Salud en el hogar -terapia ocupacional ● Salud en el hogar -fisioterapia ● Salud en el hogar: terapia del habla y del lenguaje ● Coaching laboral ● Búsqueda de empleo ● Transporte no médico ● Asesoría nutricional ● Apoyos comunitarios dirigidos al participante ● Bienes y servicios dirigidos al participante ● Servicios de asistencia personal ● Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (Personal emergency response system, PERS) ● Erradicación de plagas ● Habilitación residencial ● Respiro ● Coordinación de servicios ● Equipo médico especializado y suministros ● Habilitación de día estructurado ● Teleasistencia ● Modificaciones del vehículo 	<p>El total de horas combinadas para el desarrollo de habilidades de empleo o servicios de Coaching laboral están limitados a 50 horas en una semana calendario. Un participante cuyas necesidades excedan las 50 horas a la semana debe obtener una aprobación previa.</p> <p>Bajo equipo médico especializado y suministros artículos no cubiertos incluyen:</p> <p>Todos los medicamentos, compuestos y soluciones con receta médica y de venta libre (excepto toallitas y crema de barrera)</p> <p>Artículos cubiertos bajo la responsabilidad de un tercero pagador</p> <p>Artículos que no proporcionen beneficio médico o de remediación directa al participante y/o que no estén directamente relacionados con la discapacidad de un participante</p> <p>Alimentos, suplementos alimenticios, sustitutos alimenticios (incluyendo fórmulas) y agentes espesantes</p> <p>Anteojos, marcos y lentes dentaduras postizas</p> <p>Cualquier artículo etiquetado como experimental que haya sido denegado por Medicare y/o Medicaid</p> <p>Equipo recreativo o de ejercicios y dispositivos de adaptación para tales</p>
---	---

Para todos los servicios de HCBS que también se ofrecen bajo el plan estatal, el beneficio del plan estatal debe ser agotado antes de que se pueda acceder a los servicios de HCBS. Además, Medicare y otros recursos de terceros, como limitaciones de seguro privado, también se deben haber agotado. Por último, es posible que no se pueda acceder a algunos servicios de HCBS al mismo tiempo.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

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 điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services numerā lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864

📄 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
☎ 1-800-247-1447

📄 O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

📞 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8023

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8024

🖥️ O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

📞 1-844-582-5177

🖥️ O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

📅 Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

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 1-866-277-6583 (teletipo (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* (Evidence of Coverage, EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite www.wellcare.com/allwellpa o llame al 1-866-277-6583 (teletipo (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 aparecen en la lista, esto 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 planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. 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.
- Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- Sólo para planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (chronic condition special needs plan, C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (dual eligible special needs plan (D-SNP)). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Sin costo al 1-866-277-6583 (Teletipo (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.

En línea www.wellcare.com/allwellPA

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.