



Resumen de beneficios de 2022

Florida

Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP)

H5190 | 006

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare Dual Nurture (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 (EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura (EOC) en nuestra página web en www.wellcare.com/allwellfl. 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 Medicare Parte B si no se pagan de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

Nuestra área de servicio incluye el Condado de Miami-Dade en Florida.

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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en el plan de Medicaid de Florida. 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 Florida para los afiliados completos. 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 (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 (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 (QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare
- **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 y B.

¿Qué es "Ayuda adicional"?

Una asignación por bajos ingresos (LIS), también conocido como "Ayuda adicional", puede estar disponible para ayudarlo 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 Programa de ahorro de Medicare (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 (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 actual de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellfl. (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 los casos en 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 serán responsables 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 Access Medicare (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia de pedido por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si utiliza 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/allwellfl.

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en www.wellcare.com/allwellFL.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, 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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye el Condado de Miami-Dade en Florida.
Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales	Este plan incluye (FBDE, QMB, QMB+, SLMB+). Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento
Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid o el nivel de Ayuda adicional que reciba.	
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0
Deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anuales 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 *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0 de copago *
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago
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 (incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra hepatitis B, vacunas contra neumococos)	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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

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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Los servicios de emergencia en todo el mundo y los servicios necesarios de urgencia están sujetos a una cobertura del plan máximo 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
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *
Servicios de audición	
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen de audición de rutina	\$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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006	
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste/evaluación cada año
Asignación de audífonos.	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos.	\$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales	
Servicios preventivos	\$0 de copago * Limpiezas 2 cada año Rayos x dentales 1 cada 12 a 36 meses. 2 exámenes orales cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago * 1 cada año
Servicios integrales	
Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto 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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago * 1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago * 1 servicios de restauración cada 12 a 84 meses
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
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago * 1 servicio no rutinario todos los días hasta los 24 meses
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$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
Información dental adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.
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 otros 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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos) /Marcos de anteojos Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes o marcos) cada año * Hasta \$100 de asignación combinada cada año.
Servicios de salud mental	
Consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *

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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006	
Servicios de terapia y rehabilitación	
Fisioterapia	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
Ambulancia	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
Servicios de transporte	Hasta 12 traslados de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) * 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 millaje
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Medicamentos quimioterapéuticos	\$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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Otros medicamentos de la Parte B	\$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 con receta	Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado	
Deducible	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
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$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%
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida: incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
	Estándar
<p>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).</p>	<p>Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p> <p>Limitado a suministro de 30 días</p>
<p>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)).</p>	<p>Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006	
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
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 preferida: incluye medicamentos de marca preferida 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%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca no preferida 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

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006	
	Preferido	Estándar
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%
Etapa 3: 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 la etapa del periodo sin cobertura.	
Etapa 4: Cobertura de 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 	

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. De los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Levitra en el nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis pastillas cada 30 días.

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

Consulte su formulario y la evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre esta cobertura de medicamentos.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006	
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones.
Consultas virtuales	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. Una consulta virtual (también conocida como consulta telemedicina) es una consulta a 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.
Agencia de atención médica a domicilio	\$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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	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: Usted no paga nada por las comidas 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 (DME))	\$0 de copago *
Prótesis	\$0 de copago *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$0 de copago
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$40 cada tres meses Lo que usted debe saber: Los miembros pueden comprar artículos que cumplen con los requisitos de ubicaciones participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a su hogar.
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura. \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividad y acondicionamiento físico

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 Nurture (HMO D-SNP) H5190, Plan 006
	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>limitado a 5 consultas cada año</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$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.*

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 Wellcare Dual Nurture (HMO D-SNP). 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 Nurture (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y Beneficio del Resumen de Beneficios Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a la Agencia para la administración de atención médica sin costo al 1-888-419-3456 (TTY: 1-800-955-8771).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml>. 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 Florida, visite <http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml> o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Florida en el Resumen de servicios de Florida en línea en <http://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml>.

Categoría de beneficios	Agencia para la Administración de Atención Médica
<p>Servicios de audición</p> <p>Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la audición y el SIDA</p>	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p> <p>Un dispositivo de audífono nuevo, completo (no renovado) por oído, cada tres años, por receptor.</p> <p>Hasta tres pares de moldes para los oídos por año, por receptor.</p> <p>Un servicio de ajuste y despacho por oído, cada tres años, por beneficiario.</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Cubierto por Medicaid FFS</p>

Categoría de beneficios	Agencia para la Administración de Atención Médica
<p>Servicios de la vista</p> <p>Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la vista y anteojos</p>	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Esto incluye lo siguiente: consultas como paciente hospitalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de terapia individual o de grupo en régimen externo. 	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Consulta de terapia ocupacional Terapia física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física y terapia del habla y del lenguaje 	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>

Categoría de beneficios	Agencia para la Administración de Atención Médica
Transporte	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Los siguientes servicios de transporte son un beneficio de Medicaid de Florida.</p> <p>Los servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) están disponibles únicamente para beneficiarios elegibles que no pueden obtener transporte por cualquier otro medio (como familia, amigos o recursos comunitarios).</p> <p>Los servicios de NEMT están programados a través del Coordinador de Transporte Comunitario (CTC) en cada condado bajo contrato con la Comisión para el transporte desfavorecido.</p> <p>Todo el transporte debe ser el método de transporte más rentable y apropiado disponible. El transporte de emergencia no requiere autorización, pero el proveedor de la ambulancia debe documentar la necesidad médica de la emergencia y conservar esa documentación en archivo para cada beneficiario de Medicaid.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>
Medicamentos recetados	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare se haya agotado.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>
Administración de casos de salud mental	<p>Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.</p>

Categoría de beneficios	Agencia para la Administración de Atención Médica
Fisioterapeuta registrado	Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.
Servicios de atención asistencial	Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.
Quiropráctico	Para ciertos niveles de miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicaid.

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 (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.

Comprendiendo sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite www.wellcare.com/allwellfl 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 la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- **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.
- **Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (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 (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/allwellFL

**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.