



# Resumen de beneficios de 2022

Mississippi

**Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP)**

H9811 | 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 Access Medicare (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 las pruebas de cobertura en nuestra página web [www.wellcare.com/allwellm](http://www.wellcare.com/allwellm). 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 vivir 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 terceros.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Mississippi: George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Madison, Rankin y Stone.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de Teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar afiliado en el Plan Medicaid de Mississippi. Las primas, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar con base en la categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de ayuda adicional que usted reciba. La prima de su Parte B es pagada por el Estado de Mississippi para 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 pueden también adquirir 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, coaseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios 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 & 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 de 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/allwellar](http://www.wellcare.com/allwellar). (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 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 nuestro

---

Farmacia de pedido 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/allwellms](http://www.wellcare.com/allwellms)

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. Visítenos en [www.wellcare.com/allwellms](http://www.wellcare.com/allwellms).

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**

<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
<b>Área de servicio</b>	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Mississippi: George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Madison, Rankin y Stone.
<b>Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales</b>	Este plan incluye (QMB, QMB+). Consulte "Niveles de Programas de Ahorro de Medicare (MSP)" al principio de este documento
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.	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (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.
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Días 1-90: \$0 de copago por estadía *
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> 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**

<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$0 de copago *
<b>consultas al médico</b>	
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$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.
<b>Servicios necesarios de urgencia</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.*

**Beneficios**

<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
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.
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</b>	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 *
<b>Servicios de audición</b>	
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**

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
Audífonos	
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *  1 ajuste (s)/evaluación (es) 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	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico.
<b>Servicios odontológicos</b>	
Servicios preventivos	\$0 de copago *  Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 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**

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
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 60 meses
Prótesis, otra cirugía oral/ maxilofacial, 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
Información Odontológica Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.
<b>Servicios de la vista</b> 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**

<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
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 (cristales y/o marcos) cada año * Hasta una asignación combinada de \$400 cada año.
<b>Servicios de salud mental</b>	
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 individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
<b>Centro de enfermería especializada (enfermería)</b>	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**

<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>	
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
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Viajes de transporte de rutina ilimitados a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
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**

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
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.*

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
<b>Etapa 1: Deducible anual de medicamento con receta</b>	
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>	
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4.430. 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.	
<b>Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días/90 días)</b>	
	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (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%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
	<b>Estándar</b>
<p><b>Nivel 5</b> (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% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días</p>
<p><b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).</p>	<p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>	
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)</b>		
<b>Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)</b>		
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (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%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de Marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas 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%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas 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%
<b>Nivel 5</b> (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% Suministro limitado a 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006	
	Preferido	Estándar
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	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%
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>		
	Después de que el costo total de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$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 período sin cobertura.	
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>		
	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"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>	

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

Medicamentos excluidos:

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

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

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios quiroprácticos de rutina	\$0 de copago *  12 consultas al año
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$0 de copago
Servicios de podología de rutina	\$0 de copago  6 consultas al año  <b>Lo que usted debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.
<b>Consultas virtuales</b>	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 telesalud) 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.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago *
<b>Comidas</b>  Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.
<b>Equipo/suministros médicos</b>  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 *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$0 de copago
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$350 cada tres meses  <b>Lo que usted debe saber:</b> 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.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP) H9811, Plan 006</b>
<b>Programas de bienestar</b>  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: Tracker de actividad y acondicionamiento físico  <b>Lo que usted debe saber:</b>  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.
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	\$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 Access Medicare (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 Access Medicare (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y Beneficio del Resumen de Beneficios Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad de Medicaid y qué beneficios le corresponden, llame a Medicaid de Mississippi gratuitamente al número 1-800-421-2408 (Teletipo (TTY): 1-228-206-6062)

Nuestra fuente de información sobre beneficios de Medicaid es <http://www.medicaid.ms.gov/contact/> Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información de cobertura de Medicaid de Mississippi más actualizada, visite <http://www.medicaid.ms.gov/contact/> o llame a servicios para miembros para solicitar asistencia Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Mississippi en Resumen de Servicios de Mississippi en línea en <http://www.medicaid.ms.gov/contact/>.

## Beneficios de MS Medicaid cubiertos bajo el plan de necesidades especiales de MA

<b>Información importante</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid (Beneficios aplicables a los beneficiarios completos de Medicaid) (QMB solo cumple con los requisitos para gastos de costo compartido de Medicare)</b>
<b>Información importante</b>	<p>Los beneficiarios elegibles duales de Medicare y Medicaid pueden recibir beneficios completos de Medicaid o beneficios de costo compartido de Medicare.</p> <p>Los beneficios completos de Medicaid se proporcionan a los beneficiarios de SSI y de atención a largo plazo. Los beneficios de costo compartido de Medicare para QMBs incluyen primas, deducibles y coaseguro en los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><a href="https://medicaid.ms.gov/providers/administrative-code/">https://medicaid.ms.gov/providers/administrative-code/</a><a href="https://medicaid.ms.gov/providers/billing-manual/">https://medicaid.ms.gov/providers/billing-manual/</a></p>
<b>Parte C de Medicare (Planes Medicare Advantage)</b>	<p>Medicare Parte C (Planes Medicare Advantage)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los planes Medicare Advantage son opciones de planes de salud (como una HMO o PPO) aprobadas por Medicare y ofrecidas por compañías privadas. Medicare paga un monto fijo por la atención a las compañías que ofrecen los planes y el plan Medicare Advantage proporciona la cobertura de salud de Medicare.</li> <li>• Medicaid pagará el coaseguro y el deducible para los beneficiarios en las categorías aplicables de elegibilidad (COE, por sus siglas en Portugués).</li> </ul>
<b>Beneficios y Limitaciones y exclusiones</b>	<p>Los siguientes servicios están cubiertos por el programa de Medicaid de Mississippi (no todos los servicios se aplican a todas las categorías de elegibilidad. Los beneficiarios de costos compartidos de Medicare deben consultar los beneficios y las limitaciones de Medicare). La definición, el alcance, la duración y las políticas están cubiertos en las secciones apropiadas. Cuando los artículos de servicio están limitados a un año fiscal, la referencia es al período anual del 1 de julio al 30 de junio. Para obtener beneficios de exención, consulte la sección de exención correspondiente.</p>

<b>Información importante</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b> <b>(Beneficios aplicables a los beneficiarios completos de Medicaid) (QMB solo cumple con los requisitos para gastos de costo compartido de Medicare)</b>
<b>Elegibilidad y prima</b>	<p><u>Elegibilidad para los beneficios completos de Medicaid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Personas de entre 65 años de edad o más, ciegas o discapacitadas y que reciben asignaciones de ingreso de seguridad suplementarios (SSI) según lo certifique la SSA.</li> <li>● Las personas en centros médicos que cumplen con los criterios de atención a largo plazo según lo certificado por DOM.</li> <li>● Algunos ex beneficiarios de SSI que continúan cumpliendo con los criterios de SSI, excepto los ingresos, según lo certificado por DOM.</li> <li>● Las personas proporcionaron servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) que son físicamente discapacitados y certificados por DOM como elegibles al aplicar los requisitos de elegibilidad como si estuvieran en una institución.</li> <li>● Y otros enumerados en la sección de pólizas.</li> </ul> <p><u>Elegibilidad para el costo compartido de Medicare o pago de la prima</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Beneficiarios calificados de Medicare (<b>QMBs</b>) que tienen derecho a la Parte A de Medicare, cuyos ingresos no superan el 100% del nivel federal de pobreza según lo certificado por DOM. Las personas elegibles únicamente como QMB reciben una tarjeta de Medicaid pero <u>solo es elegible para el pago de los gastos compartidos de Medicare.</u></li> <li>● Beneficiarios calificados de Medicare (<b>QMBs</b>) que tienen derecho a la Parte A de Medicare, cuyos ingresos no superan el 100% del nivel federal de pobreza según lo certificado por DOM. Las personas elegibles únicamente como QMB Plus reciben cobertura completa de Medicaid.</li> <li>● Beneficiarios de Medicare de bajos ingresos especificados (SLMBs) 120% FPL. El único beneficio pagado por Medicaid es la prima de la Parte B de Medicare.</li> <li>● Personas que califican (<b>QIs</b>) certificado por DOM para el pago de su prima de la Parte B de Medicare únicamente. QI-1s puede tener ingresos de 120%-135% del FPL para el pago total de las primas de la Parte B de Medicare siempre que el beneficiario tenga la Parte A de Medicare. Estas personas no reciben atención de Medicaid.</li> <li>● Ciertos trabajadores calificados con discapacidad (<b>QWDI</b>) personas que solo son elegibles para Medicaid para pagar sus primas de la Parte A de Medicare. DOM certifica este grupo. Estas personas no reciben una tarjeta de Medicaid.</li> </ul>

### Información importante

Servicios de Medicare	Cobertura de beneficiario de Medicare <b>Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf">https://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid</b>  (QMB solo cumple con los requisitos para la prima de la Parte B, el deducible y el coaseguro para los servicios cubiertos por Medicare. <b>QMB Plus</b> elegible para los mismos servicios de Medicare que QMB y cobertura completa de Medicaid)	<b>MS Medicaid</b>  (SLMB, QI elegible para la prima de la Parte B de Medicare) elegible para la prima de la Parte A)
<b>Seguro de hospital de la Parte A de Medicare</b>		<b>QMB/QMB Plus</b>	<b>QDWI</b>
<b>Premium</b>	\$458.00 (Las revisiones de los CMS y pueden cambiar las primas y los deducibles anualmente).	Sin cobertura de Medicaid	medicamentos recetados
<b>Sangre</b>	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 del Banco de sangre</li> <li>• Costos hospitalarios para 3 unidades</li> <li>• \$0 por donación de sangre</li> </ul>	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Deducible de la prima</b>	\$144.60 \$198.00 por año (Las revisiones de los CMS y pueden cambiar las primas y los deducibles anualmente).	Cobertura de la prima, deducible, coaseguro	Cobertura de la prima
<b>Planificación anticipada de la atención</b>	Planificación de atención anticipada voluntaria como parte de su consulta anual de "bienestar". Si este servicio no forma parte de su consulta anual de "bienestar", se aplica el deducible y el coaseguro de la Parte B.	Sin costo  Cobertura de coaseguro	
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare tanto para el centro de cirugía ambulatoria (ASC) como para el médico que lo atiende, y si el deducible de la Parte B aplica.  Todas las cuotas de servicios del centro para los procedimientos que Medicare no cubre en ASC	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid

<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nuubs/ndf/10050-Medicare--y-You.pdf">https://www.medicare.gov/nuubs/ndf/10050-Medicare--y-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Anestesia</b>	Se proporcionan en pacientes hospitalizados o ambulatorios hospitalarios y ASC. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Extremidades y ojos artificiales</b>	Recetado por el médico	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Sangre</b>	Usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 del Banco de sangre</li> <li>• Costos hospitalarios para 3 unidades</li> <li>• \$0 por donación de sangre</li> </ul>	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Medición de Masa Ósea (Densidad de hueso)</b>	Servicios preventivos Recetado por el médico, cubierto una vez cada 24 meses	Sin costo	Sin cobertura de Medicaid
<b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b>	Servicios preventivos Cada 12 meses para las mujeres de más de 40 Medicare cubre una mamografía inicial para mujeres entre 35-39	Sin costo	Sin cobertura de Medicaid
<b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b>	Servicio preventivo cada 5 años para la prueba niveles de colesterol, lípidos, lipoproteínas y triglicéridos	Sin costo	Sin costo
<b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b>	Servicio preventivo cada 24 meses o 12 meses si hay un riesgo alto	Sin costo	Sin costo
<b>Quimioterapéuticos</b>	Parte B para pacientes ambulatorios/Parte A para pacientes hospitalizados para quimioterapia administrados en un consultorio de un médico o clínica independiente, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare, y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid



<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf">https://www.medicare.gov/nubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Servicios de administración de atención crónica</b>	Plan de atención integral que ayuda a manejar 2 o más afecciones crónicas. Usted paga una cuota mensual y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Estudios de investigación clínica</b>	La Parte B cubre algunos costos. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y puede aplicar el deducible de la Parte B.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</b>	Servicio preventivo-varios tipos de pruebas colonoscopia/fecal/sigmoidoscopia-sin costo	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)</b>	Medicare cubre un estudio de 3 meses de terapia CPAP si usted ha sido diagnosticado con apnea del sueño. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y se aplica el deducible de la Parte B para el alquiler de la máquina y la compra de los suministros relacionados.	Sin costo  Cobertura de coaseguro	Sin costo  Sin cobertura de Medicaid
<b>Desfibrilador (Automática implantable)</b>	Medicare cubre estos dispositivos para algunas personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca. Si la cirugía se lleva a cabo en un entorno para pacientes ambulatorios, usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios del médico. Si usted obtiene el dispositivo como paciente ambulatorio de un hospital, también le paga al hospital un copago. En la mayoría de los casos, el monto del copago no puede ser mayor que el deducible de la estancia en el hospital. el deducible de la Parte B aplica. La Parte A cubre cirugías para implantes desfibriladores en un hospital para pacientes hospitalizados.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid

<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nuubs/ndf/10050-Medicare--y-You.pdf">https://www.medicare.gov/nuubs/ndf/10050-Medicare--y-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Prueba de detección de diabetes</b>	Preventivo-uno o dos por año	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios de diálisis</b>	Parte B: diálisis para pacientes ambulatorios, diálisis en el hogar. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Médico y otros servicios de proveedores de atención médica</b>	Servicios médicamente necesarios en el consultorio, en el hospital, en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), en el hogar, en otros lugares. Paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>ECG o ECG (Electrocardiograma) Proyección</b>	Detección de una sola vez del servicio preventivo si derivado como resultado de una hora de la consulta "Bienvenido a Medicare". Usted paga el 20% del importe aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Anteojos (después de una cirugía de cataratas)</b>	Un par de anteojos con marco estándar (o un juego de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas que implante una lente intraocular. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Vacunas contra la gripe</b>	Una vacuna por temporada de gripe	Sin costo	Sin costo
<b>Pruebas de glaucoma</b>	Cada 12 meses para personas en alto riesgo. Usted paga el 20% del importe aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid

<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf">https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Exámenes de audición y equilibrio</b>	Cubre exámenes de diagnóstico de audición/ equilibrio si lo ordena el médico. No hay exámenes de rutina ni audífonos. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Vacunas contra la hepatitis B</b>	Para personas con alto o medio riesgo	Sin costo	Sin costo
<b>Detección de infección por virus de la hepatitis B (HBV)</b>	Medicare cubre las pruebas de detección de la infección por HBV si cumple con una de estas condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted está en alto riesgo de infección por HBV.</li> <li>• Usted está embarazada.</li> </ul> Medicare cubrirá únicamente las pruebas de detección de la infección por HBV si un proveedor de atención primaria los ordena.		
<b>Prueba de detección de hepatitis C</b>	Medicare cubre una prueba de detección de hepatitis C si cumple con ciertas condiciones	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b>	Cubre hasta 6 sesiones para la etapa IV de la enfermedad renal crónica, diálisis. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Detección de cáncer de pulmón</b>	Medicare cubre una prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) una vez al año si usted cumple con ciertas condiciones.	Sin costo	Sin costo
<b>Servicios de terapia médica nutricional</b>	Para personas con diabetes o enfermedad renal y educación para la diabetes.	Sin costo	Sin costo

<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf">https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Atención de salud mental (paciente ambulatorio)</b>	Cubre servicios de atención de salud mental Es posible que apliquen ciertos límites y condiciones. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Servicios de tratamiento de trastorno por uso de opioides</b>	Medicare cubrirá medicamentos, consejería, pruebas de drogas y terapia individual y grupal.	Sin costo	Sin costo
<b>Ortopedia y extremidades artificiales</b>	Las extremidades, los ojos y el brazo, la pierna, la espalda, los frenillos cervicales. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Medicamentos con receta(limitado)</b>	La Parte B cubre infusión, antígenos, osteoporosis inyectable, coagulación sanguínea, inyectable, inmunosupresores, medicamentos con terminal renal, etc. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica. Otros medicamentos cubiertos por la Parte D.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	Para personas con EPOC grave y remisión. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Servicios de patología del habla y el lenguaje</b>	Medicare cubre la evaluación y el tratamiento para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid

<b>Seguro de hospital de la Parte B de Medicare</b>	<b>Cobertura de beneficiario de Medicare Fuente Medicare &amp; You 2018)</b> <a href="https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf">https://www.medicare.gov/nubs/ndf/10050-Medicare-and-You.pdf</a>	<b>MS Medicaid QMB/QMB Plus</b>	<b>MS Medicaid QI y SLMB</b>
<b>Telesalud</b>	Cubre varios servicios a través de sistemas de telecomunicaciones de dos vías. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare y el deducible de la Parte B aplica.	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Servicios de administración de atención transitoria</b>	Medicare puede cubrir este servicio si usted regresa a su comunidad después de una estadía en ciertos centros. Se aplica el deducible y el coaseguro de la Parte B	Cobertura de coaseguro	Sin cobertura de Medicaid
<b>Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"</b>	Servicios preventivos una sola vez	Sin costo	Sin costo
<b>consulta anual de "bienestar"</b>	Servicios preventivos	Sin costo	Sin costo
<b>Parte A/B no cubierta de Medicare</b>			

**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](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

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

📞 1-800-977-7522

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)

## CALIFORNIA

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

📞 1-800-275-4737

📄 0 visite [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8022

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)

## GEORGIA

+ HMO

📞 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

📞 1-877-725-7748

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellGA](http://www.wellcare.com/allwellGA)

## INDIANA

+ HMO, PPO

📞 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

📞 1-833-202-4704

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellIN](http://www.wellcare.com/allwellIN)

## KANSAS

+ HMO, PPO

📞 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

📞 1-833-402-6707

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellKS](http://www.wellcare.com/allwellKS)

## LOUISIANA

+ HMO

📞 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

📞 1-833-541-0767

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)

## MISSOURI

+ HMO

📞 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

📞 1-833-298-3361

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)

## MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellMS](http://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](http://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](http://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](http://www.wellcare.com/allwellNM)

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 O visite [www.fideliscare.org/wellcaremedicare](http://www.fideliscare.org/wellcaremedicare)

## OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellOH](http://www.wellcare.com/allwellOH)

## OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 O visite [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK)

## OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 O visite [www.wellcare.com/trilliumOR](http://www.wellcare.com/trilliumOR)

## PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)



## TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 O visite [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)

## WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 O visite [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)

## WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://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 1-888-293-5151 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/allwellms](http://www.wellcare.com/allwellms) o llame al 1-866-277-6583 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

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

## **Comuníquese con nosotros**

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

### **Por teléfono**

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/allwellMS](http://www.wellcare.com/allwellMS)

**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.