



# Resumen de beneficios de 2022

Georgia

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

H1112 | 033

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

H1112 | 006

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

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

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

### **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y 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.

### **Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H112033000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** incluye estos condados en Georgia: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, y Worth.

**H112006000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)** incluye estos condados en Georgia: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, y Worth.

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 inscrito en el plan de Medicaid de Georgia. 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 Georgia 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 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, 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
- **Trabajador calificado discapacitado (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 proveedor de atención primaria (PCP) elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). (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 Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (los usuarios de 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/medicare](http://www.wellcare.com/medicare).

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, 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 Liberty (HMO D-SNP)</b> <b>H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)</b> <b>H1112, Plan 006</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b></p> <p><b>H1112033000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en Georgia: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, y Worth.</p> <p><b>H1112006000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en Georgia: Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon,</p>	

*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 Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
	Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, y Worth.	
<b>Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales</b>	H1112033000 incluye (FBDE, QMB +, SLMB +) y H1112006000 incluye (FBDE, QMB, QMB +, SLMB +). 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	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,000 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,000 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 internados</b>	Días 1-90: \$0 de copago por estadía*	Días 1-90: \$0 de copago por estadía*
<b>Cobertura de hospital para pacientes externos</b> Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos*	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos*
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago*	\$0 de copago*

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo))	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia</b>	\$0 de copago	\$0 de copago

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



**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Cobertura para atención urgente en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/ Imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Radiografías para pacientes externos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Radiología terapéutica	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Servicios de audición</b>		
Examen auditivo Cubierto por Medicare	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Examen de audición de rutina	\$0 de copago*  1 examen cada año	\$0 de copago*  1 examen al año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Audífonos		
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Asignación para audífonos	1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año	1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año
Todos los tipos	Hasta una asignación de \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago*  Limitado a 2 audífono (s) cada año	Hasta una asignación de \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago*  Limitado a 2 audífono (s) cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Servicios odontológicos</b>		
Servicios preventivos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año
	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses
	Exámenes bucales 2 cada año	Exámenes bucales 2 cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago*	\$0 de copago*
	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos		
Cubierto por Medicare	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare*	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare*
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago*	\$0 de copago*
	1 servicio de diagnóstico cada año	1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago*	\$0 de copago*
	1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.	1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	\$0 de copago*  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	\$0 de copago*  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago*  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses	\$0 de copago*  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	\$0 de copago*  1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio para códigos que no son implantes cada 6 a 60 meses, implantes una vez por vida, coronas de implantes una vez cada 84 meses	\$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.

*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 Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<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 demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de vista rutinario (refracción)	\$0 de copago*  1 examen al año	\$0 de copago*  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Anteojos de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Anteojos marcos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año  Anteojos ilimitadas (cristales y / o marcos) cada año*	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año  Anteojos ilimitadas (cristales y / o marcos) cada año*
Asignación para anteojos	Asignación combinado de hasta \$500 cada año.	Hasta una asignación combinada de \$400 cada año.
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por día*	Días 1-90: \$0 de copago por día*
Consulta de terapia individual para pacientes externos	\$0 de copago*	\$0 de copago*

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Consulta de terapia individual para pacientes externos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>		
Fisioterapia	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Ambulancia</b>		
Ambulancia terrestre	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Ambulancia aérea	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Servicios de transporte</b>	Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud.  \$0 de copago (por traslado de un solo tramo)*	Hasta 48 viajes de ida cada año según el plan aprobado a ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida)*

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>		
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago*	\$0 de copago*

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

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006
<b>Etapa 1: Deducible anual de medicamentos recetados</b>		
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
<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>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 marca preferidos -incluye Medicamentos de marca preferidos 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 marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%



Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006
	<b>Estándar</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%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p> <p>Limitado a un suministro para 30 días</p>	<p>Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p> <p>Limitado a un suministro para 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%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>	<p>Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, 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	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<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%	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 marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<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% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<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%	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: 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.		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.	

Cobertura para medicamentos recetados	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapas 4:</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>		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 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 Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubierta por Medicare	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Servicios quiroprácticos de rutina	\$0 de copago*  12 consultas al año	\$0 de copago*  12 consultas al año
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago  Limitado a 12 consulta (s) cada año.	\$0 de copago  Limitado a 12 consultas cada año
<b>Servicios de podiatría (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$0 de copago*  <b>Lo que 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.	\$0 de copago*  <b>Lo que 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.

*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 Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina (TeleHealth)) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Comidas</b>  Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>

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

## Comida

**Beneficios adicionales**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada Comida para pacientes con una afección crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada Comida para pacientes con una afección crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>
<b>Equipo/suministros médicos</b>		
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Prótesis	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Suministros para diabéticos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago*	\$0 de copago*
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$0 de copago*	\$0 de copago*

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$485 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$420 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><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.</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><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.</p>

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año
Línea de ayuda de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.  Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.  Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión.*	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.  Acompañante robótico: Usted paga \$0 de copago Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión.*

*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 Liberty (HMO D-SNP) H1112, Plan 033</b>	<b>Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H1112, Plan 006</b>
<b>Tarjeta Flex</b>	<p>Beneficio anual de \$1,500</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo a un proveedor odontológico, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo a un proveedor odontológico, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas cada año.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Usted puede recibir Servicios de Tareas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se proporcionan en dos horas incrementos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Usted puede recibir Servicios de Tareas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan autorizado o un proveedor del plan de licencia. Los servicios se proporcionan en dos horas incrementos.</p>

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

---

### **Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales**

Los beneficios descritos en la sección de primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (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. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) va a cubrir los beneficios descritos en la Prima y la sección de Beneficios del Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Georgia Medicaid al número gratuito 1-404-657-5468 Teletipo (TTY: 711).

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

**Resumen de beneficios de Georgia  
Medicaid \***

\* Este Resumen de beneficios tiene vigencia a partir del 30/06/20 y está sujeto a cambios por parte de DHC.

Nota Los números en la columna de copago se refieren a las secciones que siguen a esta tabla.

<b>Beneficios</b>	<b>Co-Payment<sup>1</sup></b>
Consultas al consultorio del médico y la enfermera (cuando visite a un médico o enfermero (a) para revisión, pruebas de laboratorio, exámenes o tratamiento)	Copago de \$0
Consultas de enfermeras en el hogar después de la entrega del bebé	Copago de \$0
Centros de enfermería (hogares de ancianos)	Copago de \$0
Servicios de ambulancia de emergencia	Copago de \$0
Atención odontológico preventiva, empastes y cirugía bucal para niños	Copago de \$0
Cierta atención odontológica de emergencia para adultos	Copago de \$0
Transporte que no sea de emergencia (para ir y volver de las citas médicas)	Copago de \$0
Exámenes, inmunizaciones (vacunas) y tratamientos para niños	Copago de \$0

Servicios de planificación familiar (tales como exámenes, medicamentos, tratamiento y asesoría)	Copago de \$0
Servicios de cuidados paliativos proporcionados por un proveedor de cuidados paliativos de Medicaid	Copago de \$0
Servicios de audición para niños	Copago de \$0
Diagnóstico, pruebas de detección y servicios preventivos	Copago de \$0
Servicios de laboratorio	Copago de \$0
Servicios de clínica de salud mental	Copago de \$0
Servicios de enfermeras obstétricas y enfermeras	Copago de \$0
<b>Beneficios</b>	<b>Co-Payment<sup>1</sup></b>
Servicios psicológicos (para personas menores de 21 años de edad)	Copago de \$0
Servicios de terapia (física, ocupacional y del habla)	Copago de \$0
Clínica de salud rural y servicios de centros de salud calificados federalmente	Copago de \$0
Clases de educación para el parto	Copago de \$0
Servicios del centro de maternidad	Copago de \$0
Diálisis y servicios para la enfermedad renal en etapa terminal (riñón)	Copago de \$0
Servicios oftalmológicos	\$0 de copago <sup>2</sup>
Equipo médico duradero y suministros médicos recetados por un médico para su uso en su hogar (como sillas de ruedas, muletas o andadores)	\$0 de copago <sup>3</sup>
Servicios de salud en el hogar ordenados por un médico y recibidos en su hogar (como enfermería a tiempo parcial, terapia física o auxiliares de salud en el hogar)	\$0 de copago <sup>4</sup>

Servicios hospitalarios para pacientes externos que usted recibe en un hospital, a pesar de que no se queda en el hospital durante la noche	\$0 de copago <sup>5</sup>
Servicios hospitalarios para pacientes internados (alojamiento y alimentación, medicamentos, pruebas de laboratorio y otros servicios cuando usted tiene que permanecer en el hospital)	\$0 de copago <sup>6</sup>
Medicamentos con receta	\$0 de copago <sup>7</sup>
Aparatos ortopédicos y prostéticos (extremidades artificiales y dispositivos de reemplazo)	\$0 de copago <sup>8</sup>

### **Copagos aplicables**

1. El copago no aplica a los siguientes servicios:
  - Diálisis
  - Servicios de emergencia,
  - Servicios de planificación familiar (debe facturar con diagnóstico médico)
  - 1 de julio de 2018, manual de servicios al médico Q-2
  - Servicios de exención

## 2. Servicios de la vista

La división de asistencia médica implementó una escala de copago de miembros en niveles según se describe en 42 C.F.R. § 447,54 sobre todos los códigos de procedimientos de evaluación y administración (99201-99499), incluidos los códigos de procedimiento de Servicios oftalmológicos (92002-92014) utilizados por médicos o asistentes médicos.

Los montos de copagos en niveles son los siguientes:

Pago del estado por el servicio	Copago máximo facturable al beneficiario
\$10,00 o menos	\$0.50
\$10,01 al \$25,00	\$1.00
\$25,01 al \$50,00	\$2.00
\$50,01 o más	\$3.00

## 3. Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Para los miembros de 21 años de edad o más, se aplicará un copago de \$3.00 a todos los servicios de DME con el modificador NU, excepto los códigos de procedimiento de suministro de DME (códigos "A").

Los códigos de procedimiento, E0441 y E0442, están exentos de copago. Se aplicará un copago de \$3,00 a los siguientes códigos del procedimiento de alquiler: E1390 RR, E1391 RR, E0424 RR, E0431 RR, E0434 RR, E0439 RR, E0439 QE, E0439 QF, E0465 RR, E0466 RR, E0470 RR y E0784 RR. Se aplicará un copago de \$1,00 a todos los demás códigos de procedimiento que tengan un modificador RR.

## 4. Servicios de salud en el hogar

Se aplicará un copago de \$3 para cada consulta de salud en el hogar. El copago no se aplica a los siguientes miembros:

- Mujeres embarazadas
- Miembros menores de 21 años de edad
- Miembros de cuidados paliativos
- Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama o cervical y reciben Medicaid bajo el programa de Medicaid para la salud de la mujer, las categorías de ayuda 245 y 800, únicamente. Esto se aplica a todos los servicios prestados.

## 5. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Se aplicará un copago de \$3 miembros en todas las consultas de pacientes externos que no sean de emergencia. El copago no se aplica a los siguientes miembros:

- Mujeres embarazadas

- Miembros menores de 21 años de edad
- Miembros del centro de enfermería
- Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama o cervical que están recibiendo Medicaid bajo el programa de cáncer de mama y cervical (BCC) o las categorías de asistencia presunta de elegibilidad 245 y 800 únicamente no están sujetas al copago.
- Participantes de cuidados paliativos

Las personas que tienen la cobertura de Medicare y Medicaid no están sujetas al copago.

**6. Servicios para pacientes internados**

Se aplicará un copago de \$12,50 para admisiones hospitalarias que no son de emergencia.

**7. Servicios de farmacia**

Se aplicará un copago de \$. 50 por cada medicamento genérico preferido o de marca preferido que suministre la farmacia, de la siguiente manera:

<b>Categoría</b>	<b>Copago</b>
Genérico preferido	\$0.50
Marca preferida	\$0.50
Marca no preferida o Genérico no preferido	Menos de \$10,00 = \$0,50 \$10.01-\$25.00 = \$1.00 \$25.01-\$50.00 = \$2.00 \$50.01 o más = \$3.00

Este copago no se aplica a los siguientes miembros:

- Mujeres embarazadas
- Miembros menores de 21 años
- Individuos institucionalizados
- Miembros de cuidados paliativos
- Miembros inscritos en los grupos de elegibilidad para el cáncer de mama y cervical

Los servicios de emergencia y los servicios de planificación familiar también están exentos de este copago.



#### **8. Servicios ortopédicos y prostéticos.**

Se aplicará un copago de \$3,00 para servicios ortopédicos y prostéticos (códigos de componentes principales o códigos "base").

El copago no se aplica a los siguientes miembros:

- Mujeres embarazadas
- Miembros menores de 21 años de edad
- Residentes del centro de enfermería
- Miembros de cuidados paliativos
- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama o de cuello uterino y que reciben Medicaid bajo la Exención de BCC o Elegibilidad presunta (categorías de ayuda 245 y 800, únicamente)

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

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

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

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

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

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

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

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

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de servicios al cliente, al teléfono 1-844-917-0175 Teletipo (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8 a. m. a 8 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o llame al 1-844-917-0175 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 medicamentos recetados.

## 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 (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 1-844-917-0175 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 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

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