



# 2026

## Resumen de beneficios

Texas

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

H0174 | 022 | 000

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

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) del 1 de enero, 2026 al 31 de diciembre 2026.

Este folleto le proporciona información en resumen de lo que cubrimos y de lo que a usted le corresponde pagar. No incluye todos los servicios, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de los servicios en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan. También puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/Medicare](http://go.wellcare.com/Medicare). Para solicitar una copia, llame al 1-844-480-0680 (TTY 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

**¿Quién puede ingresar?**

Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Needs Plan, D-SNP) para personas que tienen Medicare y Texas Department of Health and Human Services.

Para ingresar a este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Texas Department of Health and Human Services u otro tercero la pague por usted. Debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid.

Para inscribirse en este plan debe ser elegible para el siguiente Programa de ahorros de Medicare:

**H0174022000 Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) - SLMB, QI, QDWI, FBDE**

Consulte la sección “Niveles del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)” que se encuentra a continuación para consultar una descripción de todos los niveles de MSP.

Comuníquese con el plan para obtener más información.

**Áreas de servicio del plan:**

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Andrews, Archer, Austin, Bastrop, Baylor, Bell, Bexar, Blanco, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Callahan, Carson, Chambers, Clay, Coleman, Collin, Comal, Comanche, Concho, Cooke, Coryell, Cottle, Crane, Crockett, Culberson, Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Denton, Eastland, Edwards, El Paso, Ellis, Falls, Fayette, Fort Bend, Freestone, Frio, Galveston, Gray, Guadalupe, Hall, Hansford, Hardin, Harris, Hartley, Haskell, Hays, Howard, Hunt, Hutchinson, Jackson, Jeff Davis, Jefferson, Johnson, Jones, Kaufman, Kerr, King, Kinney, Knox, Lampasas, Lavaca, Lee, Liberty, Live Oak, Llano, Loving, Matagorda, McLennan, Menard, Midland, Milam, Montgomery, Moore, Motley, Navarro, Newton, Oldham, Orange, Pecos, Polk, Reagan, Reeves, Roberts, Rockwall, Runnels, San Jacinto, San Patricio, Schleicher, Sherman, Stephens, Stonewall, Sutton, Tarrant, Taylor, Tom Green, Travis, Upton, Walker, Waller, Ward, Washington, Wharton, Wheeler, Williamson, Winkler, Yoakum, y Young.

## Acerca de este plan & cómo obtener atención

**Las Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Nuestro(s) plan(es) le brinda(n) acceso a nuestra red de proveedores médicos especializados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

**Los medicamentos de la Parte D** están cubiertos. Usted tiene acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Nuestro(s) plan(es) usa(n) a *un formulario*. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección exhaustiva de medicamentos genéricos y de marca de bajo costo.

**¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?** Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias en [go.wellcare.com/2026providerdirectories](http://go.wellcare.com/2026providerdirectories). El formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D) completo de nuestro plan está en nuestro sitio web en [go.wellcare.com/druglist-6712](http://go.wellcare.com/druglist-6712).

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

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente “Medicare & You” (Medicare y Usted). También puede consultarlo 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

## Qué es la doble elegibilidad

**Los Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, DSNP)** son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de salud a los beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

**Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura médica adicional y apoyo financiero según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, 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 para Medicaid. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos a través de Medicaid, pero no por Medicare.

### Niveles del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

- **Doble elegibilidad y beneficios completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios totales de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A de Medicare.

Nota: Algunos niveles del Programa de Ahorros de Medicare (MSP) automáticamente califican para Ayuda adicional para asistencia con la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Algunos estados no cubren el costo compartido de las Partes A y B.

## ¿Qué es Ayuda adicional?

Es posible que haya disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), también conocido como “Ayuda adicional”, para ayudarle con los gastos de bolsillo de la Parte D, como las primas, los deducibles, el coseguro o los copagos. Muchas personas reúnen los requisitos para el programa de Ayuda adicional y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su condición de elegible doble.

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

**Estos son servicios que no están cubiertos por nuestro plan, pero que están disponibles a través de Texas Department of Health and Human Services. Para obtener más información, consulte la Sección Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid (Summary of Medicaid-Covered Benefits) que figura más adelante en este documento.**

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<p><b>Nota:</b> Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>	
<b>Prima mensual del plan</b> (incluye tanto servicios médicos como medicamentos)	\$4.80 Si usted califica para recibir Ayuda adicional, la prima de su plan se paga en nombre de usted. Si no califica para recibir Ayuda adicional, se le podría cobrar una prima.  Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, si de alguna forma no lo paga Texas Department of Health and Human Services o un tercero.
<b>Deductible</b>	No hay deducible
<b>Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP)</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 por año Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Texas Department of Health and Human Services, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b>	<p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por día por los días 1 al 5</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 6 al 90</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 91 y posteriores</li> </ul> <p>*</p>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos	<p>\$0 de copago por biopsias de piel.</p> <p>\$250 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos.</p> <p>\$100 de copago por servicios no quirúrgicos para pacientes externos, incluida la atención paliativa para pacientes externos.</p> <p>*</p>
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	<p>\$150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias.</p> <p>\$250 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.</p>
<b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	<p>\$150 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>*</p>
<b>Consultas con el médico</b>  Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	<p>\$25 de copago</p> <p>*</p>
<b>Cuidado preventivo</b> (p. ej., consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama)	\$0 de copago

**Beneficio**

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
(mamografía), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	
<b>Atención de emergencia</b>	\$150 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$150 de copago  Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia</b>	\$25 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	\$150 de copago  Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>  Servicios de laboratorio	\$50 de copago por pruebas genéticas. \$0 de copago por todos los demás análisis de laboratorio. *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare, prueba de espirometría y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$20 de copago por todos los demás servicios. *
Radiografías para pacientes externos	\$35 de copago *
Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan))	\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$100 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. \$50 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *
<b>Servicios auditivos</b>  Examen de audición cubierto por Medicare	\$25 de copago *

## Beneficio

**Beneficio**

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago *  1 cada año
Otros servicios dentales de diagnóstico	\$0 de copago *  1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio
Otros servicios dentales preventivos	\$0 de copago *  1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio
Servicios integrales de rutina	
Servicios de restauración	\$0 de copago *
Endodoncia/Periodoncia	\$0 de copago *
Cirugía oral y maxilofacial	\$0 de copago *
Prostodoncia, fija	\$0 de copago *
Prostodoncia, removible	\$0 de copago *
Servicios generales complementarios	\$0 de copago *

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
	<b>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</b>
Información dental adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye cobertura para servicios integrales de rutina por hasta \$3,000 por año del plan.
<b>Atención de la vista</b>  Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para personas con diabetes cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas con diabetes  \$25 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago *  1 examen (exámenes) cada año
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto de rutina  Lentes de contacto / Anteojos (marcos y lentes) / Marcos de anteojos  Asignación para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago *  Hasta \$200 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Servicios de atención de la salud mental</b>  Consulta como paciente internado	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$200 de copago por día por los días 1 al 5</li><li>• \$0 de copago por día por los días 6 al 90</li></ul> <small>*</small>
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$25 de copago <small>*</small>
Consulta para terapia grupal como paciente externo	\$25 de copago <small>*</small>
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 de copago por día por los días 1 al 20</li><li>• \$218 de copago por día por los días 21 al 40</li><li>• \$0 de copago por día por los días 41 al 100</li></ul> <small>*</small>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>  Fisioterapia	\$25 de copago <small>*</small>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional	\$25 de copago <small>*</small>
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$40 de copago

## Beneficio

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$250 de copago *
Ambulancia aérea	\$250 de copago *
<b>Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia)</b>	Hasta un máximo de 36 viajes cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye médicos, especialistas, y proveedores dentales o de la vista. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *
	<b>Lo que usted debe saber:</b> Pueden aplicarse límites de millaje. Llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de miembro con 72 horas de anticipación para reservar un traslado a su cita. Los traslados también se pueden reservar a través de la aplicación móvil.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente.
Insulina	\$35 de copago (máximo por mes) *
Antígeno de alergia	0% de coseguro *

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	
Si el plan cuenta con un deducible aplicable a los medicamentos de la Parte D, el deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, entre ellas la vacunas contra el herpes zóster y las vacunas para viajar.	
<b>Deductible</b>	Si recibe Ayuda adicional usted no paga un deducible por los medicamentos de la Parte D. Esta etapa de pago no se aplica a usted. Si no califica para Ayuda adicional, usted paga el deducible de la Parte D como se indica en la Evidencia de Cobertura.
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>	
Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.	
<b>Lo que usted paga por las vacunas:</b> Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si su plan tiene un deducible).	

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
<b>Lo que usted paga por insulina:</b>	
<p><b>Nivel 3:</b> Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible (si su plan cuenta con un deducible).</p> <p><b>Nivel 4:</b> Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible (si su plan cuenta con un deducible).</p>	
<b>Lo que usted paga por los medicamentos con de la Parte D:</b> Su costo compartido que usted paga depende del nivel de Ayuda adicional. Si no califica para recibir Ayuda Adicional, consulte la Evidencia de Cobertura para conocer su costo compartido durante esta etapa.	

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)</b>		
<b>Costo compartido minorista (30 días / 100 días de suministro)</b>		
Para conocer más detalles acerca de las descripciones de los niveles, consulte su Evidencia de Cobertura.		
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>Nivel 2</b> (medicamentos genéricos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>Nivel 3</b> (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>Nivel 4</b> (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>Nivel 5</b> (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>		
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 6</b> (medicamentos para cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>			
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)</b>				
<b>Costo compartido de pedido por correo (100-días de suministro)</b>				
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>		
<b>Nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65		
<b>Nivel 2</b> (medicamentos genéricos)	\$0 de copago	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65		
<b>Nivel 3</b> (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65		
<b>Nivel 4</b> (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65		
<b>Nivel 5</b> (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	<u>No</u> está disponible	<u>No</u> está disponible		
<b>Nivel 6</b> (medicamentos para cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago		

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
<b>Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	
	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada durante el resto del año calendario.

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

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo (Long Term care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o bien, si el suministro en días que se ha recibido. Los medicamentos con receta de pedido por correo se dispensan en cantidades de 35 días o más.

### **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare**

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

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

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<p><b>Nota:</b> Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>	
<b>Servicios de quiropráctica</b>	
Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *
<b>Acupuntura</b>	
Cubierta por Medicare	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$25 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *
<b>Servicios de podiatría (cuidado de los pies)</b> con cobertura de Medicare	\$25 de copago *
<b>Consultas virtuales</b>	\$0 de copago por servicios de consultas virtuales brindados a través del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan.  Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.  Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
	<p>tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El \$0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales, pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en la Evidencia de Cobertura (<i>por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP</i>).</p>
<b>Plataforma de apoyo social</b>	<p>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea y en aplicación para apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas personalizadas y autoguiadas así como programas para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y apoyar su salud emocional y mental.</p> <p>Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos diseñados conforme a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de ingresar a comunidades sociales.</p> <p>Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee.</p> <p>Para obtener más información acerca de cómo tener acceso a la plataforma de apoyo social, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>\$0 de copago</p>
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	\$0 de copago *

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Comidas</b>  Comidas para después de haber recibido cuidados agudos	\$0 de copago ▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> Si reúne los requisitos, usted no paga nada por la entrega de comidas a domicilio durante un plazo de hasta 45 días después de una hospitalización para ayudar en la recuperación, con un máximo de 3 comidas por día por hasta 14 días por un máximo de 42 comidas por acontecimiento, sin límite de eventos por año.
<b>Equipo/Suministros médicos</b>  Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *
Dispositivos protésicos	20% de coseguro *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago *  Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> .
Zapatos o plantillas para personas con diabetes	20% de coseguro *
<b>Servicios del Programa de tratamiento para opioides</b>	\$25 de copago *

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>	
<b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b>  Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.  \$0 de copago  <b>Lo que usted debe saber:</b>  Para ayudar con un estilo de vida activo y saludable, su plan proporciona un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Usted podría tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico.  Los miembros tienen acceso a centros de acondicionamiento físico presenciales, programas de ejercicios disponibles bajo pedido y gran variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar.
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)	\$0 de copago
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
<b>Examen físico anual de rutina</b>	\$0 de copago  <b>Lo que usted debe saber:</b> El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
<b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</b>  Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios para las personas que tienen una enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares, diabetes. Hay otras enfermedades elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar sobre la base de su enfermedad solamente. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de cobertura del plan.	<p><b>Si es elegible</b>, puede utilizar su asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® para los beneficios que se muestran a continuación. Una vez que se determine que cumple los requisitos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®.</p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pago de gasolina en la bomba de combustible:</b> Puede utilizar su tarjeta para pagar por combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora de pago en efectivo. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto disponible de la asignación.</li><li>• <b>Alimentos saludables:</b> Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos de abarrotes seleccionados. Se pueden hacer pedidos de comidas preparadas y prefabricadas a través del portal en línea.</li><li>• <b>Artículos de asistencia y seguridad del hogar:</b> Puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de asistencia y seguridad del hogar. Puede utilizar su tarjeta para ayudar con el costo del control de plagas e insectos. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para comprar artículos aceptados y ver cuáles son los servicios elegibles.</li><li>• <b>Asistencia para el alquiler:</b> Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler/la hipoteca de su casa.</li><li>• <b>Asistencia para los servicios públicos:</b> Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el costo de los servicios públicos de su hogar. Su tarjeta se puede utilizar para gastos de servicios públicos, incluidos agua, gas natural y combustible para calefacción, electricidad, recolección de basura, servicio de televisión por cable (se excluyen los</li></ul>

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
	servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.
<b>Wellcare Spendables®</b>	<p>Usted recibirá <b>\$69 mensualmente</b> precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC, servicios dentales, de la vista y de la audición. Su asignación mensual <b>se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</b></p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>- Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o, en línea a través de su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de marca comercial y genéricos de venta libre, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia y artículos para la diabetes.</p> <p><b>Servicios dentales, de la vista y de la audición:</b> Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición.</p> <p><b>Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).</b> No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.</p> <p><b><u>Si reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para lo siguiente:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pago de gasolina en la bomba de combustible</li><li>• Alimentos saludables</li><li>• Asistencia y artículos de seguridad para el hogar</li><li>• Artículos y servicios para el control de plagas</li><li>• Asistencia para el alquiler</li><li>• Asistencia para los servicios públicos</li></ul>

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP) H0174, Plan 022, 000</b>
	<p>Consulte Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.</p> <p>Para obtener más información y conocer cuáles son las limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura.</p>
<b>Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)</b>	<p>Con <b>Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)</b>, usted puede ganar hasta \$100 al completar las actividades elegibles de salud y del portal a través de su portal para los miembros.</p> <p>Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®.</p>

## Declaración amplia por escrito para afiliados potenciales

Los beneficios descritos anteriormente en la sección Beneficios en este Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro(s) plan(es) Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP). Para cada beneficio indicado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos conforme a nuestro(s) plan puede depender de su nivel de elegibilidad para Texas Department of Health and Human Services.

## Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

La siguiente información es para personas con Medicare y Texas Department of Health and Human Services. Si un beneficio está cubierto tanto por nuestro plan como por Texas Department of Health and Human Services, debe utilizar completamente la cobertura de nuestro plan antes de que lo cubra Texas Department of Health and Human Services.

La cobertura de los beneficios descritos anteriormente puede depender de su nivel de elegibilidad para Texas Department of Health and Human Services.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Texas Department of Health and Human Services, los beneficios a los que tiene derecho o para obtener la información más actualizada sobre Texas Department of Health and Human Services, consulte su Manual para los miembros de Medicaid. También puede visitar <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>, o llamar a Texas Department of Health and Human Services al 1-877-541-7905; TTY: 711. El horario de atención es: 8 a.m. a 4 p.m. hora del Centro (CT), de lunes a viernes.

### Texas Department of Health and Human Services

- Servicios de ambulancia
- Dispositivos de ayuda a la comunicación
- Medición de la masa ósea
- Rehabilitación cardíaca
- Servicios de quiropráctica
- Exámenes de detección colorrectales

• Servicios dentales
• Suministros para personas diabéticas
• Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radiología
• Elección de médico y hospital
• Consultas en el consultorio del médico
• Equipo médico duradero
• Atención de emergencia
• Enfermedad renal terminal
• Educación para la salud y el bienestar
• Servicios auditivos
• Atención médica a domicilio
• Hospicio
• Vacunas
• Atención hospitalaria para pacientes internados
• Atención de salud mental para pacientes internados
• Mamografías (pruebas de detección anual)

• Prima mensual
• Dispositivos protésicos y ortésicos
• Atención de salud mental para pacientes externos
• Servicios de rehabilitación para pacientes externos
• Servicios/Cirugía para pacientes externos
• Trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos
• Papanicolau y exámenes pélvicos
• Servicios de podiatría
• Medicamentos con receta
• Exámenes de detección de cáncer de próstata
• Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)
• Servicios de telemedicina
• Servicios de teleodontología
• Servicios de telesalud
• Servicios de telemonitoreo a domicilio
• Transporte (de rutina)

- Atención de urgencia
- Servicios de la vista

## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-877-374-4056 (TTY: 711).

简体中文 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-877-374-4056 (TTY: 711)。

繁體中文 注意：我們為您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-374-4056 (TTY: 711)。

العربية انتبه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجاناً مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711).

हिंदी ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फ़र्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Yorùbá ÀKÍYÈSÍ: Àwọn isé ìránlówó ti èdè wà nílè fún ọ lófèé. Àwọn isé àti àwọn ìrànwó arannílówó tóyé látí pèsè ìwífúnni ní àwọn ọnà kíkóṣílè tóṣéé ráàyè sí tún wà nílè bákan náà lófèé láisan owó rárá. Pe 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Twi HYE NO NSO: Kasa ho mmoa dwumadie ahodoo wɔ hɔ ma wo a wontua hwee. Nneεma a εbeεboa wo ama wate nsɛm ne dwumadie ahodoo a εde nsɛm bɛma wo wɔ akwan bebree so nso wɔ hɔ a wontua hwee. Fr 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Igbo NLERUANYA: A na-enye gi ọru enyemaka asusu n'efu. Enyemaka na ọru ndị kwesịrị ekwesị iji nye ozi n'ụdị ndị dị mfe inweta dikrawa n'akwughị ụgwọ. Kpọ 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Tagalog ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

اردو توجہ: زبان معاونت کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابل رسائی شکل میں فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-374-4056 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Français REMARQUE : des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-374-4056 (TTY : 711).

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d'aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-877-374-4056 (TTY : 711).

తెలుగు గమనిక: మీకు ఉచిత భాష సంబంధ సహాయక సేవలు అందుబాటులో ఉన్నాయి. యాక్సెస్ చేయదగిన ఫారాల్ట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక టూల్లు, సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి. 1-877-374-4056 (TTY: 711) నంబర్కి కాల్ చేయండి.

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Deutsch ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-877-374-4056 (TTY: 711).

नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि भाषासम्बन्धी सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। सुलभ फर्म्याटिहरूमा जानकारी प्रदान गर्नका निम्नि उचित सहायक सामग्री र सेवाहरू पनि निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-877-374-4056 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

तुमच्यासाठी विनामूल्य भाषा सहाय सेवा उपलब्ध आहेत. सुलभ स्वरूपात माहिती प्रदान करण्यासाठी योग्य अतिरिक्त मदत आणि सेवादेखील विनामूल्य उपलब्ध आहेत. 1-877-374-4056 (TTY: 711) वर कॉल करा.

మలయాళం శైలిక్కు: నీడెర్శన్లకు సమాచారాన్ని డోషా సహాయ సేవనాలు ఉన్నాయి. అంతర్జాలంలో ప్రార్థనలు వివరాలన్నిటినీ వివరాలన్నిటినీ ఉన్నాయి. అంతర్జాలంలో ప్రార్థనలు వివరాలన్నిటినీ ఉన్నాయి. అంతర్జాలంలో ప్రార్థనలు వివరాలన్నిటినీ ఉన్నాయి. 1-877-374-4056 (TTY: 711) ఏమీ నంబర్కి విల్లుకుకోక.

కన్నడ నిమ్మ: నిమ్మ గమనక్కు: నిమ్మ లుచిత భాషా సహాయ సేవగళు లభ్యవిదే. ప్రవేతీసబహుదాద స్టోపగళుల్లి మాహితీయన్న ఒద్దిసలు సూక్తవాద సహాయక సాధనగళు మత్తు సేవగళు సహ లుచితవాగి లభ్యవిదే. కరె మాడి 1-877-374-4056 (TTY: 711).

తుమించు ఉంచుకణినీ కవనాత్తతీర్చు: ఉంచుకున్నకు మొద్ది ఉత్తవిక్కాని ఇలవచ కేవెవకాలు కిటటక్కిన్నరన. పయాన్ ప్రార్థనలు ఉత్తమాన పులను ఉన్నర్వుకు కుర్చికొన్నాము కేవెవకాలు ఇలవచమాకాల కిటటక్కిన్నరన. 1-877-374-4056 (TTY: 711) ఎన్నరు ఎన్నణే అమ్మత్తతీర్చుంచుకణినీ.

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

### **Cómo entender los beneficios**

- La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [go.wellcare.com/Medicare](http://go.wellcare.com/Medicare) o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..
- Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir otro médico.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Cómo comprender las normas importantes**

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero 2027.
- Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, su plan actual con cobertura para atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura se podría ver afectada una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, quizás desee cancelar su póliza Medigap porque estaría pagando por cobertura que no puede utilizar. Si tiene un plan del Mercado (Marketplace), necesitará comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, podría estar pagando por cobertura que no puede utilizar y es posible que haya multas en su siguiente devolución de impuestos.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (proveedores que no figuran en el Directorio de proveedores).
- Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Candidatos a inscribirse en el Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) de Texas: Para obtener información detallada sobre los beneficios de Texas Medicaid, consulte el sitio web de Texas Medicaid en <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>. Para solicitar una copia escrita de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid, póngase en contacto con nosotros.

Wellcare (HMO, HMO SNP y PPO) incluye productos suscritos por WellCare of Texas, Inc., WellCare National Health Insurance Company, Superior HealthPlan, Inc., y SelectCare of Texas, Inc.

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

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

## Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



### Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



### Horario de atención

Domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.



### En línea

[go.wellcare.com/Medicare](http://go.wellcare.com/Medicare)