



Resumen de beneficios de 2022

Texas

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H0174 | 006

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

H0174 | 004

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. 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 un tercero.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H0174006000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, San Patricio, Tarrant, Walker, Waller, and Wharton

H0174004000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, San Patricio, Tarrant, Walker, Waller, and Wharton.

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

También debe estar inscrito en el plan de Medicaid de Texas. 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 Texas 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 del Programa de Ahorro de Medicare (MSP)

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

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

¿Qué es "Ayuda adicional"?

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

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

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

Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite 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 será responsable de los costos.)

Nuestros planes también incluyen cobertura de medicamentos con receta médica y acceso a nuestra gran red de farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) 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.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en www.wellcare.com/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

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H0174006000 wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, San Patricio, Tarrant, Walker, Waller, y Wharton</p> <p>H0174004000 Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, San Patricio, Tarrant, Walker, Waller, y Wharton.</p>	
Criterios de elegibilidad para planes de necesidades especiales	<p>H0174006000 includes (QMB +, SLMB +) y H0174004000 Includes (QMB, QMB +, SLMB +). Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento</p>	
<p>Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y / o el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p>		
Prima mensual del plan Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid o terceros.	\$0	\$0
Deducible	No deducible	No deducible

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$3.400 anuales Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,400 anuales Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Días 1-90: \$0 de copago por estadía ▪ *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía ▪ *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Consultas al médico		
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluyendo vacuna para la gripe, vacuna para la hepatitis B y vacuna para el neumococo.)	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$ 50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$ 50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios necesarios de urgencia	\$0 de copago	\$0 de copago

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
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 de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Radiología terapéutica	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de audición		
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Audífonos Ajuste/evaluación de audífonos Asignación para audífonos Todos los tipos	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año Hasta una asignación de \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año	\$0 de copago * 1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago * Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	Lo que debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Servicios odontológicos		
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año
	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36	Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36
	Exámenes bucales 2 al año	Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año
Servicios integrales 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 (s) de diagnóstico cada año	1 servicio (s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.	1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Endodoncia/periodoncia/extracciones	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses	1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses
Servicios que no son de rutina	1 extracción por diente \$0 de copago *	1 extracción por diente \$0 de copago *
	1 servicio no rutinario cada día a 60 meses	1 servicio no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	\$0 de copago *	\$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 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	1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 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
Servicios de la vista		
Examen de vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás Exámenes de vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todo los otros Exámenes de vista cubiertos por Medicare) *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Examen de vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina Lentes de contacto/ Anteojos (cristales y marcos) / Anteojos marcos	\$0 de copago Lentes de contacto ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y / o armazones) cada año *	\$0 de copago Lentes de contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y / o armazones) cada año *
Asignación para anteojos	Hasta \$400 de asignación combinado cada año.	Hasta \$300 de asignación combinada cada año.
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente hospitalizado	Días 1-90: \$0 de copago por estadía ▪ *	Días 1-90: \$0 de copago por día ▪ *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. ▪ *	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. ▪ *
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Ambulancia Ambulancia terrestre	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Servicios de transporte	<p>Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p>Lo que usted debe saber: El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>	<p>Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p>Lo que usted debe saber: El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare		
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, Plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado		
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)		
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.		
Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días / 90 días)		
	Estándar	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de marca 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%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos 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 con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, Plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
	Estándar	Estándar
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado) Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, Plan 006		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004	
Etapas 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas - 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% Marcas \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos 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 con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, Plan 006		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De Marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura				
	Después de que 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 con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, Plan 006		Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas				
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos		Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos	

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, 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 Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

Beneficios adicionales

	Wellcare dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de podología de rutina	\$0 de copago ▪ * 6 consultas al año Lo que debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$0 de copago ▪ * 6 consultas al año Lo que debe saber: Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
Atención de agencia de salud en el hogar	\$0 de copago ■ *	\$0 de copago ■ *
Comidas Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ■ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ■ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Comidas para pacientes con afecciones crónicas	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con afecciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que debe saber: 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. 	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con afecciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que debe saber: 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.
Equipo/suministros médicos		
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 *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * 	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es 425 dólares cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es 325 dólares cada tres meses</p> <p>Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
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 asesoría 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
<p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.</p>	<p>Transporte no médico: Usted paga un copago de \$0 por hasta 36 viajes de ida sin atención médica cada año</p> <p>Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$100 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Ayudante de Bee Care Concierge: Usted paga \$0 de copago Proporciona una asignación mensual de 100 créditos por servicios aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$125 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión. *</p>	<p>Transporte no médico: Usted paga un copago de \$0 por hasta 36 viajes de ida sin atención médica cada año</p> <p>Ayudante de Bee Care Concierge: Usted paga \$0 de copago Proporciona una asignación mensual de 100 créditos por servicios aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$100 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión. *</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0174, plan 006	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) H0174, Plan 004
Tarjeta Flex Card	<p>Beneficio anual de \$1,500</p> <p>Lo que usted debe saber: El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p>Lo que usted debe saber: El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>
Medicina Alternativa Complementaria	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: Este plan proporciona 24 consultas para especialidades que incluyen masajes terapéuticos, quiroprácticos de rutina o beneficios de acupuntura.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: Este plan provee 24 consultas para especialidades incluyendo masaje terapéutico, quiropráctico de rutina o beneficios de acupuntura.</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 del resumen de beneficios. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a la línea gratuita de Salud y Servicios Humano al: 1-512-424-6500 (TTY: 1-512-424-6597).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es

<https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>. 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 Texas, visite <https://medicaid.georgia.gov/> o llame a servicios al miembro para Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de Texas en el Resumen de servicios de Texas en línea en <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>

Categoría de beneficios	Departamento de salud y servicios humanos
<p>Consultas al médico Esto incluye consultas a su médico de atención primaria y especialistas</p>	<p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de audición Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la audición y el SIDA</p>	<p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios odontológicos</p>	<p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Para personas de 20 años de edad o menores; o 21 años de edad o más en una ICF-MR \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de la vista Esto incluye información sobre la cobertura de los exámenes de la audición y anteojos</p>	<p>Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Nota Los servicios de un óptico están limitados a la instalación y suministro de anteojos médicamente necesarios y lentes de contacto. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

Categoría de beneficios	Departamento de salud y servicios humanos
Transporte	Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Educación para la salud y el bienestar	Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Asesoría nutricional para niños, dejar de fumar para mujeres embarazadas y examen anual para adultos.
Medicamentos con receta	Para los miembros duales elegibles, Medicaid paga por este servicio si es que no está cubierto por Medicare Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la parte D de Medicare.
Servicios de telemedicina	Para los miembros que cumplen con los requisitos, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Asistencia para la vida en la comunidad y servicios de apoyo (clase) exención	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de servicios de salud y servicios humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portales/de largo plazo-atención-proveedores/comunidad-vida-asistencia-supportservices-Class Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).
Ciego sordo con exención de discapacidades múltiples (DDMO)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/longterm-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).

Categoría de beneficios	Departamento de salud y servicios humanos
<p>Programa de niños con dependencia médica (MDCP)</p>	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).</p>
<p>Exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCS)</p>	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de servicios de salud y servicios humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/longterm-care-providers/home-community-based-services-hcs</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).</p>
<p>Exención de vida en el hogar de Texas (TxHmL)</p>	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de servicios de salud y servicios humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/longterm-care-providers/texas-home-living-txhtml</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).</p>
<p>Programa STAR + PLUS (que opera bajo la exención del programa de transformación de la atención médica y de mejoramiento de la calidad de Texas)</p>	<p>La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de servicios de salud y servicios humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/services/health/medicaidchip/programs/starplus</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC).</p>

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 totogi, 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 atención al miembro al 1-844-917-0175 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

Comprender sus beneficios

- o 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 o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- o Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- o Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las normas importantes

- o **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.
- o Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- o **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).
- o **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.
- o **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.
- o **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

Llame gratis al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

En línea: www.wellcare.com/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.