



# Resumen de beneficios de 2022

Texas

**Wellcare Assist (HMO)**

H0174 | 009

**Wellcare TexanPlus no Premium (HMO)**

H0174 | 011 | 004

---

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare Assist (HMO) y Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

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

**¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o un tercero.

**Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H0174009000 Wellcare Assist (HMO)** incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Collin, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, Rockwall, San Jacinto, Tarrant, Travis, Walker, Waller, Wharton, y Williamson.

**H0174011004 wellcare TexanPlus no Premium (HMO)** incluye el Condado de Cooke en Texas.

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

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el proveedor de atención primaria 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 para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos.)

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

---

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Assist (HMO) y Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

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

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

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H0174009000 Wellcare Assist (HMO)</b> incluye estos condados en Texas: Austin, Bastrop, Bexar, Blanco, Burnet, Caldwell, Chambers, Collin, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Johnson, Lee, Liberty, Matagorda, Milam, Montgomery, Newton, Orange, Polk, Rockwall, San Jacinto, Tarrant, Travis, Walker, Waller, Wharton, y Williamson.</p> <p><b>H0174011004 Wellcare TexanPlus No Premium (HMO)</b> incluye el Condado de Cooke en Texas.</p>	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$20.60	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,400 anuales Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	<p>Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 91 y más</li> </ul> <p>▪ *</p>	<p>Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> </ul> <p>▪ *</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$100 de copago por servicio no quirúrgico \$250 de copago por servicio quirúrgico ▪ *	\$150 de copago por servicio no quirúrgico \$200 de copago por servicio quirúrgico ▪ *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. ▪ *	\$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$200 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. ▪ *
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	\$150 de copago ▪ *	\$150 de copago ▪ *
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$25 de copago ▪ *	\$30 de copago ▪ *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluyendo vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas antineumocócicas))	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
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.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$25 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$20 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.

---

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
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.
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$20 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Radiografías 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**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$50 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$100 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. ▪ *	\$0 de copago por un examen de DEXA. \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Copago de \$75 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$150 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. ▪ *
Radiología terapéutica	20% de coseguro ▪ *	20% de coseguro ▪ *
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	\$25 de copago *	\$30 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago *  1 examen al año	\$0 de copago *  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *  1 ajuste/evaluación cada año	\$0 de copago *  1 ajuste/evaluación cada año

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Asignación para audífonos  Todos los tipos	Hasta una asignación de \$3,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos. \$0 de copago *  Limitado a 2 audífonos 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	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.
<b>Servicios odontológicos</b>  Servicios preventivos          Tratamiento con flúor	\$0 de copago *  Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año  \$0 de copago *  1 cada año	\$0 de copago *  Limpiezas 2 cada año Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año  \$0 de copago *  1 cada año
Servicios integrales cubiertos por Medicare	\$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *  1 servicio de diagnóstico cada año	\$0 de copago *  1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago *  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.	\$0 de copago *  1 servicio de restauración cada 12 a 84 meses.
Endodoncia/periodoncia/extracciones	\$0 de copago *  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	\$0 de copago *  1 servicio de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses	\$0 de copago *  1 servicio no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	\$0 de copago *  1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses	\$0 de copago *  1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio cada 6 a 60 meses

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Información Odontológica Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$25 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
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  Asignación para anteojos	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año  Anteojos ilimitados (lentes y / o armazones) cada año *  Hasta \$200 de asignación combinado cada año.	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año  Anteojos ilimitados (lentes y / o armazones) cada año *  Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta como paciente hospitalizado	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$250 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	\$25 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$25 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	\$25 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$150 de copago por día, para los días 21 a 100</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$172 de copago por día, para los días 21 a 100</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>		
Fisioterapia	\$40 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	\$40 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago ▪ *	\$40 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago ▪ *	\$30 de copago ▪ *
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	\$250 de copago *	\$250 de copago *
Ambulancia aérea	\$250 de copago *	\$250 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al miembro con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>	<p>Hasta 48 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de millaje.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de ida) *</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al miembro con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>

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

**Beneficios**

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *

*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 Assist (HMO) H0174, Plan 009	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004	
<b>Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado</b>			
<b>Deducible</b>	\$480 por el Nivel 2 (Medicamentos Genéricos), el Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), el Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y el Nivel 5 (Nivel de Especialidades) medicamentos recetados de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>			
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,230/\$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.			
<b>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>			
	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$20 / \$60 de copago	\$3 / \$9 de copago	\$8 / \$24 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004	
	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos - incluye Medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$47 / \$141 de copago	\$25 / \$75 de copago	\$35 / \$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	42% / 42% de coseguro	\$80/\$240 de copago	\$90 / \$270 copago
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	25% de coseguro / No disponible	33% de coseguro / No disponible	33% de coseguro / No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009		Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$20 / \$0 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$3 / \$0 de copago	\$8 / \$24 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos - incluye Medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$47 / \$94 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$25 / \$50 de copago	\$35 / \$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	42% / 42% de coseguro	42% / 42% de coseguro	\$80 / \$160 de copago	\$90 / \$270 de copago
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidad - incluye el alto coste y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	25% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009		Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>				
	Después de que los costes totales de sus medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,230 dólares, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, por cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.		Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura. Durante esta etapa, para los medicamentos del Nivel 1 y selectos del Nivel 6, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.	
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>				
	por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>		por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	

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

---

plazo largo (suministro para 90 días). Medicamentos excluidos:

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

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

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	\$20 de copago ▪ *	\$20 de copago ▪ *
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria. \$25 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. ▪ *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio del proveedor de atención primaria. \$30 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. ▪ *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$25 de copago ▪ *  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$30 de copago ▪ *  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida post-aguda <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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.</p>	Copago de \$0 por cada comida post-aguda <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>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.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>
<b>Equipo/suministros médicos</b>		
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	<p>\$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ *</li> </ul>	<p>\$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ *</li> </ul>

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



## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
<b>Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$360 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>\$0 de copago La prestación total máxima es \$55 cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago. La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.</p> <p>\$0 de copago. La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico.</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>

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

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Assist (HMO) H0174, Plan 009</b>	<b>Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004</b>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año	\$0 de copago  Limitado a 5 consultas cada año
Adicional de rutina física anual	\$0 de copago <b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	\$0 de copago <b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.
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	<u>No</u> cubierto
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.	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.  Tarjeta Utility Flex: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 al mes para ayudar a cubrir el coste de los servicios públicos de su hogar. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión. *	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas

*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 Assist (HMO) H0174, Plan 009	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO) H0174, Plan 011, 004
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios odontológicos, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.</p>	<u>No</u> cubierto

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

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 (Teletipo (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 (Teletipo (TTY): 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 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](http://www.wellcare.com/medicare) o llame al 1-844-917-0175 (Teletipo (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 (Teletipo (TTY) 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

### **Horario de atención**

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00p. 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.

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

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

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