



Resumen de beneficios de 2022

Texas

Wellcare No Premium (HMO-POS)

H0174 | 012 | 003

Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS)

H4506 | 029

Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO)

H4506 | 010

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 No Premium (HMO-POS), Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS), y Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (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. 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:

H0174012003 Wellcare No Premium (HMO-POS) incluye estos condados en Texas: Austin, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.

H4506029000 Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) incluye estos condados en Texas:

- Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (Condado parcial), Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Walker, Waller.
- En el Condado de Galveston, solo cubrimos los siguientes códigos postales: 77510, 77511 (traslapos w/otro condado, Brazoria), 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592.

H4506010000 Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) incluye estos condados en Texas:

- Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (Condado parcial), Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Walker, Waller.
- En el Condado de Galveston, solo cubrimos los siguientes códigos postales: 77510, 77511 (traslapos w/otro condado, Brazoria), 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, y 77592.

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 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 (PCP) elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Organizaciones de mantenimiento de la salud-punto de servicio (HMO-POS) los planes son HMO que,

bajo ciertas circunstancias, permiten que los miembros obtengan atención fuera de la red, a menudo a un costo compartido más alto que el proporcionado por los proveedores dentro de la red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a los afiliados de los planes Wellcare No Premium (HMO-POS), Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS), excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la 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 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 No Premium (HMO-POS), Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) y Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (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.

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.

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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H0174012003 Wellcare No Premium (HMO-POS) incluye estos condados en Texas: Austin, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.</p> <p>H4506029000 Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) incluye estos condados en Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (Condado parcial), Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Walker, Waller. • En el Condado de Galveston, solo cubrimos los siguientes códigos postales: 77510, 77511 (traslapos w/otro condado, Brazoria), 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592. <p>H4506010000 Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) incluye estos condados en Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (Condado parcial), Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Walker, Waller. • En el Condado de Galveston, solo cubrimos los siguientes códigos postales: 77510, 77511 (traslapos w/otro condado, Brazoria), 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592. 		
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$0

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Reducción de primas de la Parte B	No está disponible	No está disponible	Este plan ofrece \$80 dólares devueltos cada mes en su cheque de la Seguridad Social.
Deducible	No deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$4,500 dentro de la red anualmente \$4,500 combinados dentro y fuera de la red 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 dentro de la red anualmente \$10,000 combinados en y fuera de la red anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,000 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 de copago al día para los días 1 a 8 • \$0 de copago al día para los días 9 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 35% de coseguro por estadía. *</p>	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 a 6 • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 a 150 <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 40% de coseguro por estadía. *</p>	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por estadía por días ilimitados <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Dentro de la red \$250 de copago servicio no quirúrgico \$295 de copago por servicio quirúrgico ■ * Fuera de la red 35% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	Dentro de la red \$240 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ■ * Fuera de la red 40% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	Dentro de la red \$150 de copago servicio no quirúrgico \$175 de copago por servicio quirúrgico ■ *

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$295 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$240 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$175 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p> <p>▪ *</p>
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	<p>Dentro de la red \$175 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$200 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$100 de copago</p> <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Consultas al médico Proveedores de atención primaria	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago
Especialistas	Dentro de la red \$30 de copago ▪ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$40 de copago ▪ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$35 de copago ▪ *
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de masa ósea, pruebas de detección de cáncer de mama (mamografía), exámenes cardiovasculares, exámenes de cáncer cervical y vaginal, exámenes de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, hepatitis B, detección de virus, pruebas de detección cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B, vacunas antineumocócicas))	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red 40% de coseguro*	Dentro de la red \$0 de copago
Atención de emergencia	\$90 de copago Se exonera el copago si usted es admitido en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago Se exonera el copago si usted es admitido 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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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 en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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 en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$35 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$25 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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$90 de copago en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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 en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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 en emergencia en todo el mundo y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una 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.
<p align="center">Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes</p> <p>Servicios de laboratorio</p>	<p>Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un 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. \$30 de copago por todos los demás Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p>Dentro de la red \$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. \$250 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$240 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$150 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>▪ *</p>
Radiología terapéutica	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Devolución (HMO) H4506, plan 010
Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare	Dentro de la red \$30 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$40 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$35 de copago *
Examen de audición de rutina	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red <u>No cubierto</u> 1 examen al año	Dentro de la red <u>No cubierto</u> Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Dentro de la red \$0 de copago * 1 examen al año
Audífonos Ajuste/evaluación de audífonos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red <u>No cubierto</u> 1 accesorio/ evaluación cada año	Dentro de la red <u>No cubierto</u> Fuera de la red <u>No cubierto</u>	Dentro de la red \$0 de copago * 1 accesorio/ 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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
<p>Asignación para audífonos</p> <p>Todos los tipos</p>	<p>Hasta \$4,000 de asignación para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Limitado a 2 audífono(s) cada año</p>	<p>Dentro de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p>	<p>Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Limitado a 2 audífonos cada año</p>
<p>Información adicional sobre la audición</p>	<p>Lo que debe saber</p> <p>Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico</p>	<p>Lo que debe saber</p> <p>Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico</p>	<p>Lo que debe saber</p> <p>Medicare cubre exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estas pruebas para ver si usted necesita tratamiento médico</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios odontológicos			
Servicios preventivos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>Limpiezas 2 cada año</p> <p>Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses</p> <p>Exámenes orales 2 cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>Limpiezas 2 cada año</p> <p>Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses</p> <p>Exámenes orales 2 cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Limpiezas 2 cada año</p> <p>Radiografías odontológicas 1 cada 12 a 36 meses</p> <p>Exámenes bucales 2 al año</p>
Tratamiento con flúor	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>1 cada año</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios integrales cubiertos por Medicare	Dentro de la red \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	Fuera de la red 35% de coseguro por cada Servicio cubierto por Medicare. *	Fuera de la red 40% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *	
	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	
	1 servicio de diagnóstico cada año.	1 servicio de diagnóstico cada año.	1 servicio de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red \$0 de copago *
	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	1 servicio reconstituyente cada 12 a 84 meses
	1 servicio reconstituyente cada 12 a 84 meses	1 servicio reconstituyente 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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Endodoncia/periodoncia/extracciones	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 servicio de endodoncia por diente 1 servicio de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>1 servicio de endodoncia por diente 1 periodoncia servicio cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente</p>
Servicios que no son de rutina	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 no rutinario servicio diario a 60 meses</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 no rutinario servicio diario a 24 meses</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>1 servicio diario no rutinario a 24 meses</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>1 Prótesis procedimiento 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</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red <u>No cubierto</u></p> <p>Las prótesis no están cubiertas 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>1 Prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida</p>
Información Odontológica Adicional	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,000.</p>	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,500.</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare	Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$35 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista rutinario (refracción)	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red <u>No</u> cubierto 1 examen al año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red <u>No</u> cubierto 1 examen al año	Dentro de la red \$0 de copago * 1 examen al año
Detección de glaucoma	Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪ Fuera de la red 35% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪ Fuera de la red 40% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red \$0 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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Anteojos cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p>
<p>Anteojos de rutina</p> <p>Lentes de contacto/anteojos (Cristales y marcos) /Marcos de anteojos</p> <p>Asignación para anteojos</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$400 cada año</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (cristales y/o marcos) cada año *</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$100 cada año.</p>

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios de salud mental			
Consulta como paciente hospitalizado	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 de copago al día para los días 1 a 8 • \$0 de copago al día para los días 9 a 90 <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 35% de coseguro por estadía. *</p>	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 por día para los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red Días 1-90: 40% de coseguro por estadía. *</p>	<p>Dentro de la red Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día, para los días 1 a 90 <p>▪ *</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <p>▪ *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$25 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<p>Dentro de la red Por cada periodo de beneficio usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • Copago de \$165 por día para los días 21 a 100 <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red Días 1-100: 35% de coseguro por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red Por cada periodo de beneficio usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$150 de copago por día, para los días 21 a 100 <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red Días 1 - 100: 40% de coseguro por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red\$ Por cada periodo de beneficio usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • Copago de \$100 por día para los días 21 a 100 <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

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	Dentro de la red \$35 de copago ▪ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$35 de copago ▪ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$10 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	Dentro de la red \$35 de copago ▪ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$35 de copago ▪ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$10 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red \$30 de copago ▪ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$30 de copago ▪ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$25 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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Ambulancia Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$225 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$300 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$220 de copago *
Ambulancia aérea	Dentro de la red \$225 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$300 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$220 de copago *
Servicios de transporte	Dentro de la red <u>No</u> cubierto	Dentro de la red <u>No</u> cubierto	Hasta 36 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de millaje. Dentro de la red \$0 de copago (por viaje de ida) *

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

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	Fuera de la red <u>No</u> cubierto	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 miembro con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje
Medicamentos de la parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red 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.*

Beneficios

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Otros medicamentos de la parte B	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red 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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010		
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado					
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	\$250 para el nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), el nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos), de Nivel 5(Nivel de especialidades) medicamentos recetados. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	<u>No</u> cubierto		
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. 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.					
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)					
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 1 (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	<u>No</u> cubierto
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003		Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029		Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$20 / \$60 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$40 / \$120 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	\$75 / \$225 de copago	\$85 / \$225 de copago	\$90 / \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	<u>No</u> cubierto
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).	33% coseguro / No disponible	33% coseguro / No disponible	28% coseguro / No disponible	28% coseguro / No disponible	<u>No</u> cubierto
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)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010		
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	Estándar
Nivel 1 (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	<u>No</u> cubierto
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$20 / \$40 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$30 / \$60 de copago	\$40 / \$120 de copago	<u>No</u> cubierto
Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.)	\$75 / \$150 de copago	\$85 / \$225 de copago	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003		Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029		Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
	Preferido	Estándar	Preferido	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).	33% coseguro / No disponible	33% coseguro / No disponible	28% coseguro / No disponible	28% coseguro / No disponible	<u>No</u> cubierto
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)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	<u>No</u> cubierto

Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura			
	<p>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.</p> <p>Durante esta etapa, para los medicamentos del Nivel 1 y selectos del Nivel 6, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	<p>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.</p> <p>Durante esta etapa, para los medicamentos del Nivel 1 y selectos del Nivel 6, usted paga su copago o coseguro. Consulte el Formulario y Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	<u>No</u> cubierto

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003		Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029		Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Estándar
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas					
	Después de que sus costos de bolsillo anuales medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca preferida que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 		Después de que sus costos de bolsillo anuales medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcanzan \$7,050, usted paga la cantidad mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca preferida que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 		<u>No</u> cubierto

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

Medicamentos excluidos:

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

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la parte D bajo Medicare, no están cubiertos por Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte el Formulario y Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$20 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$20 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$20 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). \$30 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). \$40 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * 	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). \$35 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare.</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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 35% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>Lo que usted 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.</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>Lo que usted 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.</p>	<p>Dentro de la red \$35 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Lo que usted 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.</p>
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>		

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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Atención de agencia de salud en el hogar	Dentro de la red \$0 de copago ■ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago ■ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago ■ *
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	\$0 de copago por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos Lo que 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.	\$0 de copago por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos Lo que 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.	\$0 de copago por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos Lo que 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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>▪</p> <p>Lo que debe hacer lo saben:</p> <p>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 miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. Este beneficio se puede recibir durante un máximo de 3 meses</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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 miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. Este beneficio se puede recibir durante un máximo de 3 meses</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <p>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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 miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. Este beneficio se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 35% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro *</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Devolución (HMO) H4506, plan 010
Prótesis	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red 20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red \$30 de copago ▪ * Fuera de la red 35% de coseguro *	Dentro de la red \$40 de copago ▪ * Fuera de la red 40% de coseguro *	Dentro de la red \$35 de copago ▪ *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p>\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$125 cada tres meses</p> <p>Lo que debe hacer lo saben: Los miembros pueden compra elegibles artículos de que participan ubicaciones o a través catálogo del plan para la entrega a su casa.</p>	<p>\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$125 cada tres meses</p> <p>Lo que debe hacer lo saben: Los miembros pueden compra elegibles artículos de que participan ubicaciones o a través catálogo del plan para la entrega a su casa.</p>	<p>\$0 de copago El total máximo el beneficio es de \$125 cada tres meses</p> <p>Lo que debe hacer lo saben: Los miembros pueden compra elegibles artículos de que participan ubicaciones o a través catálogo del plan para la entrega a su casa.</p>
Programas de bienestar	<p>Para ver la lista detallada de programa de bienestar prestaciones ofrecidas, por favor, consulte el Pruebas de Cobertura.</p>	<p>Para ver la lista detallada de programa de bienestar prestaciones ofrecidas, por favor, consulte el Pruebas de Cobertura.</p>	<p>Para ver la lista detallada de programa de bienestar prestaciones ofrecidas, por favor, consulte el Pruebas de Cobertura.</p>
Acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p>	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p>	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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>Lo que usted debe saber:</p> <p>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>Lo que usted debe saber:</p> <p>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>
Sesiones adicionales de tabaquismo y cesación del tabaco asesoramiento	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Adicional de rutina física anual	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubiertos Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su 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.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red <u>No</u> cubiertos Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su 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.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: Los programas de bienestar son una excelente manera de mantener su 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.</p>
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<p>Prestaciones complementarias especiales para Enfermedad crónica (SSBCI) Para calificar para estos beneficios usted debe alcanzar criterios específicos, incluyendo tener una afección crónica y se determina que ser elegible para la administración de atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.</p>	<p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes a ayudar a cubrir el costo de servicios públicos para su casa. Limitaciones aplican.</p> <p>Se puede requerir una remisión. *</p>	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas	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 No Premium (HMO-POS) H0174, Plan 012, 003	Wellcare TexanPlus No Premium (HMO-POS) H4506, Plan 029	Wellcare TexanPlus Patriot Giveback (HMO) H4506, Plan 010
Tarjeta Flex Card	<p>Beneficio anual de \$750</p> <p>Lo que usted debe saber:</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	<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 alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al miembro al 1-844-917-0175 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: 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 disponibles 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 (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 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

En línea: www.wellcare.com/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.