



Resumen de beneficios de 2022

Texas

Wellcare Giveback (HMO)

H0174 | 013 | 003

Wellcare No Premium (HMO)

H0174 | 010

Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO)

H4506 | 003

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

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO) y Wellcare TexanPlus Classic 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. 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:

H0174013003 Wellcare Giveback (HMO) 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.

H0174010000 Wellcare No Premium (HMO) incluye estos condados en Texas: Austin, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.

H4506003000 Wellcare TexanPlus Classic No Premium (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 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 PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/medicare. (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan 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 Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO) y Wellcare TexanPlus Classic 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.

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

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio:</p> <p>H0174013003 Wellcare Giveback (HMO) 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>H0174010000 Wellcare No Premium (HMO) incluye estos condados en Texas: Austin, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.</p> <p>H4506003000 Wellcare TexanPlus Classic No Premium (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, 77592, y. 		
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0	\$0
Reducción de primas de la Parte B	Este plan ofrece un \$95 devueltos cada mes en su cheque de la Seguridad Social.	No está disponible	No está disponible

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Deducible	No deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$3,300 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.	\$3,400 anuales Esto es lo máximo que pagará en copagos y coseguros por los servicios de la Parte A y B durante el año.
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$325 por día para los días 1 a 6 Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 ▪ * 	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$200 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 \$0 de copago por día para los días 91 y más ▪ * 	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día para los días 1 a 150 ▪ *
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$300 de copago servicio no quirúrgico \$350 de copago por servicio quirúrgico ▪ *	\$100 de copago servicio no quirúrgico \$150 de copago por servicio quirúrgico ▪ *	\$100 de copago servicio no quirúrgico \$150 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$90 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 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. \$150 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. \$150 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. ▪ *
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$250 de copago ▪ *	\$75 de copago ▪ *	\$100 de copago ▪ *
Consultas al médico			
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$50 de copago ▪ *	\$20 de copago ▪ *	\$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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
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))	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$90 de copago El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital dentro de los 24 horas.	\$120 de copago El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital dentro de los 24 horas.	\$120 de copago El copago no se aplica si usted es admitido en un hospital dentro de los 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
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.	\$20 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
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.
Servicios de diagnóstico/laboratorios/imágenes Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0. \$0 de copago ▪ *	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0. \$0 de copago ▪ *	Pruebas de COVID-19 y especificado relacionados con las pruebas servicios en cualquier la ubicación es de \$0. \$0 de copago ▪ *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p>\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD</p> <p>Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal.</p> <p>\$30 de copago por todos los demás</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>▪ *</p>	<p>\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD</p> <p>Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal.</p> <p>\$25 de copago por todos los demás</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>▪ *</p>	<p>\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con un diagnóstico de COPD</p> <p>Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal.</p> <p>\$25 de copago por todos los demás</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>▪ *</p>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p>\$0 de copago</p> <p>▪ *</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>▪ *</p>	<p>\$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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
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 \$200 por servicios de diagnóstico de radiología en todos los demás lugares. \$300 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 \$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. \$100 de copago por servicios de Radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes ambulatorios. ▪ *
Radiología terapéutica	20% de coseguro ▪ *	20% de coseguro ▪ *	20% de coseguro ▪ *
Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare	\$50 de copago *	\$20 de copago *	\$25 de copago *
Examen de audición de rutina	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año	\$0 de copago * 1 examen al año

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Audífonos			
Ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 accesorio(s) / evaluación(es) cada año	1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación para audífonos	Hasta un \$1.500 asignación para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.	Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limitado a 2 audífono(s) cada año	Limitado a 2 audífonos cada año	Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	Lo que debe hacer conozca Medicare cubre diagnóstico de la audición y exámenes de equilibrio si su médico o otros cuidados de la salud pedidos de los proveedores estas pruebas para ver si necesita un médico tratamiento.	Lo que debe hacer conozca Medicare cubre diagnóstico de la audición y exámenes de equilibrio si su médico o otros cuidados de la salud pedidos de los proveedores estas pruebas para ver si necesita un médico tratamiento.	Lo que debe hacer conozca Medicare cubre diagnóstico de la audición y exámenes de equilibrio si su médico o otros cuidados de la salud pedidos de los proveedores estas pruebas para ver si necesita un médico tratamiento.

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios dentales			
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año
	Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses
	Exámenes orales 2 cada año	Exámenes orales 2 cada año	Exámenes orales 2 cada año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos			
Cubierto por Medicare	\$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 diagnóstico servicio(s) cada año	1 diagnóstico servicio(s) cada año	1 diagnóstico servicio(s) 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios de restauración	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 reconstituyente servicio(s) cada 12 a 84 meses	1 reconstituyente servicio(s) cada 12 a 84 meses	1 reconstituyente servicio(s) cada 12 a 84 meses
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente	1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio no rutinario diario a 24 meses	1 servicio no rutinario diario a 24 meses	1 servicio no rutinario diario a 24 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	\$0 de copago * 1 prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida	\$0 de copago * 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	\$0 de copago * 1 prótesis procedimiento cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida
Información Dental Adicional	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta et\$1,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.	Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$1,500.
Servicios de la vista Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$20 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos 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) *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Examen de la vista de rutinario (refracción)	\$0 de copago * 1 examen al año	\$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. ▪	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina			
Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos) /Anteojos marcos	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *	Copago de \$0 Contactos ilimitados cada año cada año Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *
Asignación para anteojos	Hasta \$100 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$200 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

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios de salud mental			
Consulta como paciente hospitalizado	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 a 6 • Copago de \$0 por día para los días 7 a 90 ■ *	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$200 por día para los días 1 a 5 • Copago de \$0 por día para los días 6 a 90 ■ *	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$325 de copago por día, para los días 1 a 90 ■ *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago ■ *	\$25 de copago ■ *	\$25 de copago ■ *
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$40 de copago ■ *	\$25 de copago ■ *	\$25 de copago ■ *
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por cada período de beneficios, usted paga: <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 ■ *	Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 a 20 • \$184 copago por día, para los días 21 a 100 ■ *	Por cada período de beneficios, usted paga: <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 ■ *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios de terapia y rehabilitación			
Fisioterapia	\$40 de copago ▪ *	\$35 de copago ▪ *	\$35 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago ▪ *	\$35 de copago ▪ *	\$35 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$30 de copago ▪ *	\$30 de copago ▪ *	\$30 de copago ▪ *
Ambulancia			
Ambulancia terrestre	\$245 de copago *	\$225 de copago *	\$250 de copago *
Ambulancia aérea	\$245 de copago *	\$225 de copago *	\$250 de copago *
Servicios de transporte	<u>No</u> cubierto	Hasta 48 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *	Hasta 48 viajes de ida cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Pueden aplicar límites de millaje. \$0 de copago (por viaje de ida) *

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

Beneficios

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
		<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>	<p>Lo que usted debe saber:</p> <p>El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de millaje.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003 TexanPlus Premium			
Etapa 1: deducible anual de medicamento recetado						
Deducible	\$300 por medicamentos recetados de la Parte D del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (Nivel de especialidad). 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.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.			
Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)						
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. 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	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$2 / \$6 de copago	\$7 / \$21 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003		Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010		Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos.	\$20 / \$60 de copago	\$30 / \$900 de copago	\$20 / \$60 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$25 / \$75 de copago	\$35 / \$105 de copago
	N/A		N/A		Usted pagará su nivel 3 costo compartido para selecciones Insulinas en todo el cobertura inicial y del periodo sin cobertura. Consulte su Formulario y evidencia de cobertura para completar completos.	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye los de marca no preferida y no preferente genéricos no preferidos.	\$90 / \$270 de copago	\$100 / \$300 de copago	\$80/\$240 de copago	\$90 / \$270 de copago	\$70/\$210 de copago	\$80/\$240 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo).	28% de coseguro /No disponible	28% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare Classic (HMO) H4506, Plan 003	TexanPlus No Premium		
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	Preferido	Estándar
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	\$2 / \$0 de copago	\$7 / \$21 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos - incluye medicamentos de marca preferidos y podría incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos).	\$20 / \$40 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$20 / \$40 de copago	\$30 / \$90 de copago	\$25 / \$50 de copago	\$35 / \$105 de copago
	N/A		N/A		Usted pagará su nivel 3 costo compartido para selecciones Insulinas en todo el cobertura inicial y del periodo sin cobertura. Consulte su Formulario y evidencia de cobertura para completar completos.	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos: incluye los de marca no preferida y no preferente genéricos no preferidos).	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago	\$80 / \$160 de copago	\$90 / \$270 de copago	\$70 / \$140 de copago	\$80/\$240 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003		Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010		Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura						
	<p>Después de que los costes totales de los medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>		<p>Después de que los costes totales de los medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para determinados medicamentos 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.</p>		<p>Después de que los costes totales de los medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) lleguen a \$4,430, no pagará más del 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o del 25% de coseguro por los medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para el nivel 1, el nivel 2 y para determinados medicamentos 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.</p>	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003		Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010		Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas						
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • \$3.95 de coseguro por medicamentos genéricos (incluyendo los de marcas preferidas que se tratan como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos. 			

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

Medicamentos excluidos:

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

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

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare	\$20 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *	\$20 de copago ▪ *
Servicios quiroprácticos de rutina	<u>No</u> cubierto	Consulte el beneficio de Medicina Alternativa Complementaria a continuación	<u>No</u> cubierto
Acupuntura Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$50 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. ▪ *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$20 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un médico de especialidad cubierto por Medicare. \$0 de copago para acupuntura recibida en la oficina de un quiropráctico cubierto por Medicare. ▪ *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$25 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. ▪ *

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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Servicios de acupuntura de rutina	<u>No</u> cubierto	Consulte el beneficio de Medicina Alternativa Complementaria a continuación	<u>No</u> cubierto
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	\$50 de copago ▪ * 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.	\$20 de copago ▪ * 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.	\$25 de copago ▪ * 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.
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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Atención de agencia de salud en el hogar	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Comidas Comidas posteriores al tratamiento	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ▪ Lo que debe hacer lo saben: Usted no paga nada por Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de un Hospitalización quedarse para ayudar a recuperación con una máximo de 3 comidas al día para hasta 14 días.	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.	Copago de \$0 por cada comida post-aguda ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que debe hacer lo saben: Usted no paga nada por entrega a domicilio las comidas como parte de un programa supervisado diseñado para miembros de transición con enfermedades condiciones para estilo modificaciones. Los miembros reciben 3 comidas al día para hasta 28 días por mes, para un máximo de 84 comidas. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses. 	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses. 	<p>Copago de \$0 por cada comida crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que usted debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.
Equipo/suministros médicos			
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *	\$0 de copago *

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Servicios del programa de tratamiento de opioides	\$50 de copago ▪ *	\$20 de copago ▪ *	\$25 de copago ▪ *
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago El beneficio total máximo es \$125 cada tres meses Lo que debe hacer lo saben: Los miembros pueden compra elegible artículos de que participan ubicaciones o a través catálogo del plan para la entrega a su en casa.	\$0 de copago El beneficio total máximo es de \$30 cada tres meses Lo que debe hacer lo saben: Los miembros pueden compra elegible artículos de que participan ubicaciones o a través catálogo del plan para la entrega a su en casa.
Programas de bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.

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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p> <p>Lo que debe hacer lo saben:</p> <p>Este beneficio cubre un año membresía en un salud participante Club o acondicionamiento físico centro. Para los miembros que sí viven cerca de un acondicionamiento físico participante Centro y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre ejercicio disponible programas a ser enviados a ellos en sin costo. Un Fitbit o Garmin fitness el rastreador puede ser seleccionados como parte de un Kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p> <p>Lo que debe hacer lo saben:</p> <p>Este beneficio cubre un año membresía en un salud participante Club o acondicionamiento físico centro. Para los miembros que sí viven cerca de un acondicionamiento físico participante Centro y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre ejercicio disponible programas a ser enviados a ellos en sin costo. Un Fitbit o Garmin fitness el rastreador puede ser seleccionados como parte de un Kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y físico Acondicionamiento físico</p> <p>Lo que debe hacer lo saben:</p> <p>Este beneficio cubre un año membresía en un salud participante Club o acondicionamiento físico centro. Para los miembros que sí viven cerca de un acondicionamiento físico participante Centro y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre ejercicio disponible programas a ser enviados a ellos en sin costo. Un Fitbit o Garmin fitness el rastreador puede ser seleccionados como parte de un Kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>

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

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
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	\$0 de copago Limitado a 5 consultas cada año
Adicional de rutina física anual	\$0 de copago 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.	\$0 de copago 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.	\$0 de copago 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.
Línea de asesoría de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
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 atención de alto riesgo Administración. Para obtener una lista completa de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.	Las prestaciones complementarias especiales para los enfermos crónicos no están cubiertas	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 en casa. Limitaciones aplica. 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 Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Tarjeta Flex Card	<u>No</u> cubierto	Beneficio anual de \$500 Lo que usted debe saber: El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.	<u>No</u> cubierto
Servicios de apoyo a domicilio	<u>No</u> cubierto	Copago de \$0 por cada consulta de servicios de apoyo a domicilio. Hasta 24 consultas al año. Lo que usted debe saber: Puede recibir servicios de cuidado personal y de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.	<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.*

Beneficios adicionales

	Wellcare Giveback (HMO) H0174, Plan 013, 003	Wellcare No Premium (HMO) H0174, Plan 010	Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) H4506, Plan 003
Medicina Alternativa Complementaria	<u>No cubierto</u>	\$0 de copago Lo que usted debe saber: Este plan provee 24 consultas para especialidades incluyendo masaje terapéutico, quiropráctico de rutina o beneficios de acupuntura.	<u>No cubierto</u>

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 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Comprender sus beneficios

- o Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite www.wellcare.com/medicare o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- o Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- o Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las normas importantes

- o **Para planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- o Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- o **Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- o **Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- o **Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- o **Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

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

Horario de atención

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

Online 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.