



2023

Resumen de beneficios

Texas

Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

H5294 | 010

Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP)

H5294 | 015

Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX. Para solicitar una copia, llame a 1-844-917-0175 (TTY 711): Atendemos de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a 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 es que no está pagada por Medicaid o por un tercero. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H5294010000 Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas:

Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bee, Bexar, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, Ector, El Paso, Ellis, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, San Saba, Shackelford, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Wilson, Wise, Zapata, y Zavala.

H5294015000 Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas:

Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, Ector, El Paso, Ellis, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hays, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Lee, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Milam, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, San Saba, Shackelford, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Zapata, y Zavala.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una

copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en Medicaid de Texas. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar con base en su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o en el nivel de Ayuda adicional que reciba. Su prima de la Parte B la paga el estado de Texas para quienes están inscritos con una dualidad total. Comuníquese con el plan para más detalles.

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con costos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura adicional para atención médica y respaldo financiero con base en su nivel de ayuda según el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Lo que usted pague por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para el pago de sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid y no por Medicare.

Los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP) son planes de Medicare Advantage especializados que proporcionan beneficios de atención médica a beneficiarios que tienen cobertura de Medicare y Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con elegibilidad y alcance de los beneficios ofrecidos según los determina el estado en donde se ofrece el plan.

Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

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

Nota: Algunos niveles de MSP automáticamente califican para “Ayuda adicional” para asistencia de cobertura de Medicare para medicamentos con receta. Algunos estados no cubren los costos compartidos de

las Partes A y B.

¿Qué es la “Ayuda adicional”?

Es posible que esté disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS); también conocido como “Ayuda adicional”, con el fin de ayudarlo con los gastos de paga de su bolsillo como la Parte D como, primas, deducibles, coseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de “Ayuda adicional” y ni siquiera lo saben. Recuerde que la asistencia también puede ser según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su estado de doble elegibilidad.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y sobre a cuáles beneficios tiene derecho, llame al número que figura en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que reciba asistencia médica del estado y de Medicare.

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

Nuestros planes le brindan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/allwellTX. (Tenga en cuenta que, a excepción de la atención de emergencia, la atención de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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 con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias). Visítenos en www.wellcare.com/allwellTX.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) Llame a Servicios para los miembros si necesita la información del plan en otro formato.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Área de servicio	Nuestros planes y áreas de servicio: H5294010000 Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bee, Bexar, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, Ector, El Paso, Ellis, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, San Saba, Shackelford, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Wilson, Wise, Zapata, y Zavala. H5294015000 Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) incluye estos condados en Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, Ector, El Paso, Ellis, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hays, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Lee, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Milam, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio,	

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
	San Saba, Shackelford, Smith, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Zapata, y Zavala.	
Requisitos de elegibilidad para los planes de necesidades especiales	H5294010000 incluye (QMB+, SLMB+) y H5294015000 incluye (QMB, QMB+, SLMB+). Consulte "Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)" que está al principio de este documento.	
Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según su categoría de beneficiario de Medicaid y/o del nivel de Ayuda adicional que reciba		
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.	\$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,300 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.	\$8,300 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (monografías), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas antigripales), vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo)	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Servicios de urgencia necesarios	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imagen	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías como paciente externo	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Servicios de radiología de diagnóstico (ej. resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago ■ *	\$0 de copago ■ *
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago ■ * 1 examen cada año	\$0 de copago ■ * 1 examen cada año
Aparatos auditivos Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago ■ * 1 ajuste/evaluación cada año	\$0 de copago ■ * 1 ajuste/evaluación cada año

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Crédito para audífonos Todos los tipos	Hasta \$1,500 de crédito por oído cada año para audífonos. \$0 de copago ■ * Se limita a 2 audífono(s) cada año	Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos. \$0 de copago ■ * Se limita a 2 audífono(s) cada año
Información adicional sobre audición	Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.	Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales Servicios preventivos Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago * 2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio 2 examen(es) oral(es) cada año \$0 de copago * 1 cada año	\$0 de copago * 2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio 2 examen(es) oral(es) cada año \$0 de copago * 1 cada año

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Servicios dentales integrales cubierto por Medicare	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio(s) de diagnóstico cada año	1 servicio(s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	3 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio	1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicio(s) de endodoncia por diente 8 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses, según el tipo de servicio 8 extracción(es) cada 12 meses	1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses, según el tipo de servicio 1 extracción(es) por diente
Servicios no rutinarios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 servicios no rutinarios cada fecha de servicio a 60 meses, según el tipo de servicio	1 servicios no rutinarios cada fecha de servicio a 60 meses, según el tipo de servicio

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$0 de copago * Prostodoncia - cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida, según el tipo de servicio. Implantes dentales: 2 implantes (y servicios relacionados) cada 12 a 84 meses según el tipo de servicio. Otros servicios - cada 6 a 60 meses, según el tipo de servicio.	\$0 de copago * Prostodoncia - cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio Cirugía oral/maxilofacial - cada 12 a 60 meses o de por vida según el tipo de servicio Otros servicios - cada 6 a 60 meses, según el tipo de servicio
Información dental adicional	Lo que debe saber: Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de crédito.	Lo que debe saber: Este plan incluye cobertura para servicios integrales por hasta \$5,000 por año del plan.
Atención de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) ■ *	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) ■ *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago ■ * 1 examen cada año	\$0 de copago ■ * 1 examen cada año
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ■ *	\$0 de copago ■ *
Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos Crédito para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago ■ * Hasta \$600 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.	\$0 de copago ■ * Hasta \$500 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consultas como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por admisión. *	Días 1-100: \$0 de copago por admisión. *
Servicios de terapia y rehabilitación		
Servicios de terapia y rehabilitación	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago	\$0 de copago
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Servicios de transporte	Sin límite de viajes de rutina cada año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) * Lo que debe saber: Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.	Sin límite de viajes de rutina a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) * Lo que debe saber: Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare		
Medicamentos para quimioterapia	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Deducible anual para medicamentos con prescripción	\$0	
Suministro de 30 o 90 días de una farmacia minorista de la red		
Todos los medicametos cubiertos	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días	

Medicare aprobó Wellcare by Allwell para proporcionar estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Si tiene preguntas o necesita ayuda para comprender estos beneficios, llame al número que figura en la contraportada de este Resumen de beneficios.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Con cobertura de Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de podiatría de rutina	\$0 de copago * Sin límite de consulta(s) cada año	\$0 de copago * Sin límite de consultas cada año.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Consultas virtuales	Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más. Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica a domicilio	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Comidas Comidas posteriores al cuidado intensivo	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.
Comidas para enfermos crónicos	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer la transición de los miembros con enfermedades crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días, para un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir hasta por 3 meses.	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer la transición de los miembros con enfermedades crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días, para un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir hasta por 3 meses.

La marca de un asterisco (*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Equipo/insumos médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Dispositivos protésicos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago * Es posible que apliquen algunas limitaciones.	\$0 de copago * Es posible que apliquen algunas limitaciones.
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Artículos sin receta (Over-the-Counter, OTC)	\$0 de copago El beneficio máximo es \$350 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado.	\$0 de copago El beneficio máximo es \$325 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
	Lo que debe saber: Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio. - Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711) - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/allwell	Lo que debe saber: Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio. - Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711) - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/allwell
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. \$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
	Lo que debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un gimnasio o en un centro de acondicionamiento físico participante. 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 ejercicio disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se puede seleccionar un monitor de acondicionamiento físico como parte de un kit de actividad física para el hogar.	Lo que debe saber: Este beneficio cubre una membresía anual en un gimnasio o en un centro de acondicionamiento físico participante. 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 ejercicio disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se puede seleccionar un monitor de acondicionamiento físico como parte de un kit de actividad física para el hogar.
Sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y de consumir tabaco	\$0 de copago Se limita a 5 consulta(s) cada año	\$0 de copago Se limita a 5 consulta(s) cada año
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Dispositivo de respuesta médica a emergencias personales (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (Special Supplementary Benefits for Chronically Ill, SSBCI) Estos beneficios complementarios solo están disponibles para miembros de alto riesgo, miembros que tienen una afección crónica y que cumplen con requisitos adicionales de elegibilidad: tener documentación de un diagnóstico activo de una o más afecciones específicas que ponen en riesgo la vida o que limitan de manera significativa la salud en general o el funcionamiento de dichos miembros Y que tienen un riesgo elevado de ser hospitalizados Y que requieren una administración intensiva de su salud. Se puede encontrar información adicional, incluidas las condiciones que permiten calificar para estos beneficios en la Evidencia de cobertura o si se llama a Servicios para los miembros.	Transporte no médico: usted paga un copago de \$0 por hasta 36 viajes de un tramo no médicos cada año. Cuidados a cargo de la agencia de atención médica Helper Bees: paga \$0 de copago Asigna un crédito anual de 100 créditos para servicios aprobados por el plan. Aplican limitaciones. Tarjeta Flex Card de servicios: usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$125 al mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios para su hogar. Aplican limitaciones. ▪ * Lo que debe saber: Los beneficios que se mencionan pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para las personas que tienen alguna enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán para ellos.	Transporte no médico: usted paga un copago de \$0 por hasta 36 viajes de un tramo no médicos cada año. Cuidados a cargo de la agencia de atención médica Helper Bees: paga \$0 de copago Asigna un crédito mensual de 100 créditos para servicios aprobados por el plan. Aplican limitaciones. Tarjeta Flex Card de servicios: usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$100 al mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios para su hogar. Aplican limitaciones. ▪ * Lo que debe saber: Los beneficios que se mencionan pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para las personas que tienen alguna enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán para ellos.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) H5294, Plan 010	Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) H5294, Plan 015
Tarjeta Flex Card	\$1,000 de beneficio anual Lo que debe saber: El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para cubrir los costos que paga de su bolsillo por servicios dentales, de la vista o de la audición. La tarjeta Flex Card tiene un límite de \$250 para los servicios de la vista. El saldo restante puede ser utilizado entre servicios dentales y de la audición, como a usted le convenga.	\$750 de beneficio anual Lo que debe saber: El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para cubrir los costos que paga de su bolsillo por servicios dentales, de la vista o de la audición. La tarjeta Flex Card tiene un límite de \$250 para los servicios de la vista. El saldo restante puede ser utilizado entre servicios dentales y de la audición, como a usted le convenga.
Tarjeta para alimentos saludables Medicare aprobó a Wellcare a proporcionar estos beneficios como parte del programa de Diseño del seguro con base en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe maneras nuevas de mejorar los planes de Medicare Advantage.	Usted recibe un crédito de \$50 al mes para gastar en productos de abarrotes elegibles en tiendas minoristas que participen. Este crédito no se acumula con el del próximo mes.	Usted recibe un crédito de \$25 al mes para gastar en productos de abarrotes elegibles en tiendas minoristas participantes. Este crédito no se acumula con el del próximo mes.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Declaración amplia por escrito para futuros afiliados

Los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP). Para cada uno de los beneficios enumerados, puede ver lo que nuestro plan cubre. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este *Resumen de beneficios* depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios*. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y sobre cuáles son los beneficios a los que tiene derecho, llame a Texas Department of Health and Human Services (Medicaid) al número gratuito de 1-512-424-6500 (TTY: 1-512-424-6597).

Nuestra fuente de información sobre beneficios de Medicaid <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambiar en cualquier momento. Para conocer la información más actualizada de cobertura de Medicaid de Texas, consulte <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip> o llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda. Se puede encontrar información detallada de los beneficios de Medicaid de Texas en el Resumen de Servicios en línea de Texas de <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Servicios de ambulancia	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Dispositivos de ayuda a la comunicación (también conocidos como sistema de dispositivos de comunicación aumentativa (ACD))	Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Medición de la masa ósea (para las personas que están en riesgo)	El examen de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agotaron los beneficios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios quiroprácticos El tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT) a cargo de un quiropráctico autorizado por la Junta de Examinadores Quiroprácticos del Estado de Texas es un servicio de Texas Medicaid.	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Exámenes de detección de cáncer colorrectal (para personas mayores de 50 años)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios odontológicos (para personas menores de 20 años; o mayores de 21 años en un ICF-IID)	Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Suministros para diabéticos (incluye la cobertura de tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología (incluye la cobertura de tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Elección de médico y hospital	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relativas a la elección del hospital y del médico.
Consultas en el consultorio médico	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Cuidados de emergencia (cualquier consulta a la sala de emergencia si el miembro cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Enfermedad renal terminal	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Educación para la salud/bienestar (Asesoría nutricional para niños, para dejar de fumar para embarazadas mujeres, y examen anual de adultos)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios auditivos	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención médica a domicilio (incluye atención especializada intermitentes médicamente necesaria, atención a domicilio, servicios privados de enfermería y servicios de cuidado personal)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Hospicio	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los miembros adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.
Inmunizaciones	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Las estadías en el hospital son un servicio cubierto. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Las estadías en hospitales psiquiátricos para pacientes ingresados son un servicio cubierto para los miembros menores de 21 años y los mayores de 65 años. Las estadías en hospitales de atención aguda para tratamiento psiquiátrico son un servicio cubierto para los miembros de 21 a 64 años, de acuerdo con el 42 CFR sección 438.6(e), aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir las estadías en centros psiquiátricos en lugar de los hospitales de cuidados intensivos. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relativas a la elección del hospital. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Mamografías (examen anual)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Prima por mes	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios para pacientes externos/cirugía	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de tratamiento del trastorno por el consumo excesivo de sustancias para pacientes externos (evaluación, tratamiento para pacientes externos, desintoxicación y tratamiento con metadona [MAT])	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos(para mujeres)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de podiatría	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Medicamentos recetados	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare. Medicaid no cubre ningún medicamento de la Parte D de Medicare.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Pruebas de detección de cáncer de próstata	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En un Centro de atención de enfermería especializada)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Servicios de telemedicina	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Transporte (de rutina)	El Programa de Transporte Médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte no urgente, si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención de urgencia (esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid.
Atención de la vista	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agoten los servicios de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid. Los servicios de un óptico se limitan a la adaptación y dispensación de anteojos médicamente necesarios y lentes de contacto.

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Exención de Servicios de Asistencia y Apoyo a la Vida Comunitaria (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class . Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).
Exención para sordos y ciegos con múltiples discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities Waiver, DBMD)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).
Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community Services, HCS)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-programs-services/home-community-based-services Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).
Programa de Niños Médicamente Dependientes (Medically Dependent Children Program, MDCP)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp

Categoría del beneficio	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid)
Programa STAR+PLUS(que opera bajo la exención del Programa de Transformación y Mejora de la Calidad de la Atención Sanitaria de Texas)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus . Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).
Exención del Programa de texas para vivir en casa (TxHmL)	La información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención se puede encontrar en la siguiente página web de Texas Health and Human Services. https://www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml . Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯系我們。會說中文普通話的人員可以協助您。此為免費服務。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: توفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Português: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

Estamos a Solo una **Llamada de Distancia**

ARKANSAS

 HMO, HMO D-SNP

 **1-855-565-9518**

 O visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

 HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP

 **1-800-977-7522**

 O visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 **1-800-275-4737**

 HMO D-SNP

 **1-800-431-9007**

 O visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8022**

 O visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

 HMO

 **1-844-890-2326**

 HMO D-SNP

 **1-877-725-7748**

 O visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

 HMO, PPO

 **1-855-766-1541**

 HMO D-SNP

 **1-833-202-4704**

 O visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

 HMO, PPO

 **1-855-565-9519**

 HMO D-SNP

 **1-833-402-6707**

 O visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

 HMO

 **1-855-766-1572**

 HMO D-SNP

 **1-833-541-0767**

 O visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

 HMO

 **1-855-766-1452**

 HMO D-SNP

 **1-833-298-3361**

 O visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

 HMO

 1-844-786-7711

 HMO D-SNP

 1-833-260-4124

 O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

 HMO, PPO

 1-833-542-0693

 HMO D-SNP, PPO D-SNP

 1-833-853-0864

 O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

 HMO, HMO C-SNP, PPO

 1-833-854-4766

 HMO D-SNP

 1-833-717-0806

 O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

 HMO, PPO

 1-833-543-0246

 HMO D-SNP

 1-844-810-7965

 O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

 HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

 1-800-247-1447

 O visite www.wellcare.com/fidelisNY

OHIO

 HMO, PPO

 1-855-766-1851

 HMO D-SNP

 1-866-389-7690

 O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

 HMO, PPO

 1-833-853-0865

 HMO D-SNP

 1-833-853-0866

 O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

 HMO, PPO

 1-888-445-8913

 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

 HMO D-SNP

 1-844-867-1156

 O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

 HMO, PPO

 1-855-766-1456

 HMO D-SNP

 1-866-330-9368

 O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

 HMO, HMO D-SNP

 1-855-766-1497

 O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

 HMO

 **1-844-796-6811**

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8023**

 O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8024**

 O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

 PPO

 **1-888-445-8913**

 O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

 Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.

 Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).

Cómo entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/allwellTX o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).
- ☐ Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.
- ☐ **Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- ☐ Este es un plan para personas con doble elegibilidad que tienen necesidades especiales (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada puede ser atendida por un representante con licencia.

Horas de operación

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)

En línea www.wellcare.com/allwellTX

Estamos con nuestros miembros en cada paso del camino.

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

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.