



2026

Resumen de beneficios

Texas

Wellcare Simple (HMO)

H5294 | 011 | 000

Wellcare Assist (HMO)

H5294 | 013 | 000

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

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Wellcare Simple (HMO) y Wellcare Assist (HMO) del 1 de enero, 2026 al 31 de diciembre 2026.

Este folleto le proporciona información en resumen de lo que cubrimos y de lo que a usted le corresponde pagar. No incluye todos los servicios, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de los servicios en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan. También puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en go.wellcare.com/AllwellTX. Para solicitar una copia, llame al 1-844-480-0680 (TTY 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Quién puede ingresar?

Para ingresar a estos planes, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Texas Department of Health and Human Services u otro tercero la pague por usted.

Áreas de servicio del plan:

H5294011000 Wellcare Simple (HMO) incluye estos condados en Texas: Bee, Brooks, Cameron, Duval, Hidalgo, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kenedy, Kleberg, Maverick, McMullen, Nueces, San Patricio, Starr, Webb, Willacy, y Zapata.

H5294013000 Wellcare Assist (HMO) incluye estos condados en Texas: Bee, Brooks, Cameron, Duval, Goliad, Hidalgo, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kenedy, Kleberg, Maverick, McMullen, Nueces, San Patricio, Starr, Webb, Willacy, y Zapata.

Acerca de este plan & cómo obtener atención

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.

Nuestro(s) plan(es) le brinda(n) acceso a nuestra red de proveedores médicos especializados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la

red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Simple (HMO) y Wellcare Assist (HMO) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

Los medicamentos de la Parte D están cubiertos. Usted tiene acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Nuestro(s) plan(es) usa(n) a *un formulario*. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección exhaustiva de medicamentos genéricos y de marca de bajo costo.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar? Wellcare Simple (HMO) y Wellcare Assist (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias en go.wellcare.com/2026providerdirectories. El formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D) completo de nuestro plan está en nuestro sitio web en H5294011000 Wellcare Simple (HMO): go.wellcare.com/druglist-6718; H5294013000 Wellcare Assist (HMO): go.wellcare.com/druglist-6712.

Cubrimos los servicios y artículos que figuran en este documento y en la Evidencia de Cobertura si es que son médicamente necesarios.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente “Medicare & You” (Medicare y Usted). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov u obtener 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.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión. | | |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan (incluye tanto servicios médicos como medicamentos) | \$0 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. | \$4.80 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| Deducible | No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D. | No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D. |
| Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) (no incluye medicamentos con receta) | \$3,450 por año Esto es lo máximo que usted paga de copagos y coseguro por servicios de la Parte A y la Parte B durante el año. | \$3,700 por año Esto es lo máximo que usted paga de copagos y coseguro por servicios de la Parte A y la Parte B durante el año. |
| Cobertura hospitalaria para pacientes internados | Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$450 de copago por día por los días 1 al 6 • \$0 de copago por día por los días 7 al 90 • \$0 de copago por día por los días 91 al 95 * | Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$275 de copago por día por los días 1 al 6 • \$0 de copago por día por los días 7 al 90 • \$0 de copago por día por los días 91 al 95 * |
| Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos | \$0 de copago por biopsias de piel. \$300 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. * | \$0 de copago por biopsias de piel. \$280 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. * |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos | \$150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$300 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. | \$150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$280 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. |
| Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) | \$150 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. * | \$150 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. * |
| Consultas con el médico | | |
| Proveedores de atención primaria | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Especialistas | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Cuidado preventivo (p. ej., consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), 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), | \$0 de copago | \$0 de copago |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID)) | | |
| Atención de emergencia | \$150 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. | \$150 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. |
| Cobertura de emergencias en todo el mundo | \$150 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. | \$150 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. |
| Servicios de urgencia | \$35 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. | \$35 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo | \$150 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. | \$150 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. |
| Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes Servicios de laboratorio | \$50 de copago por pruebas genéticas. \$0 de copago por todos los demás análisis de laboratorio. * | \$50 de copago por pruebas genéticas. \$0 de copago por todos los demás análisis de laboratorio. * |
| Pruebas y procedimientos de diagnóstico | \$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare, prueba de espirometría y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$50 de copago por todos los demás servicios. * | \$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare, prueba de espirometría y servicios específicos relacionados con las pruebas. \$50 de copago por todos los demás servicios. * |
| Radiografías para pacientes externos | \$50 de copago * | \$50 de copago * |
| Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética) | \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$300 de copago por todos los demás servicios de radiología | \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$280 de copago por todos los demás servicios de radiología |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan)) | de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. \$200 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. * | de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. \$150 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. * |
| Radiología terapéutica | 20% de coseguro * | 20% de coseguro * |
| Servicios auditivos | | |
| Examen de audición cubierto por Medicare | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Examen auditivo de rutina | \$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año | \$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año |
| Audífonos | | |
| Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos | \$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año | \$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asignación para audífonos Todos los tipos | Hasta \$500 de asignación por oído cada año para audífonos. \$0 de copago * Se limita a 2 audífono(s) cada año | Hasta \$500 de asignación 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 Cubiertos por Medicare | \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. * | \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. * |
| Servicios preventivos y de diagnóstico de rutina | \$0 de copago * 2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es) 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año | \$0 de copago * 2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tratamiento con fluoruro | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | 1 cada año | 1 cada año |
| Otros servicios dentales de diagnóstico | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio | 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio |
| Otros servicios dentales preventivos | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| | 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio | 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio |
| Servicios integrales de rutina | | |
| Servicios de restauración | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Endodoncia/Periodoncia | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Cirugía oral y maxilofacial | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Prostodoncia, fija | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Prostodoncia, removible | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Servicios generales complementarios | \$0 de copago * | \$0 de copago * |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</p> | <p>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</p> |
| Información dental adicional | <p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye cobertura para servicios integrales de rutina por hasta \$2,000 por año del plan.</p> | <p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye cobertura para servicios integrales de rutina por hasta \$2,000 por año del plan.</p> |
| <p>Atención de la vista</p> <p>Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare</p> | <p>\$0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para personas con diabetes cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas con diabetes</p> <p>\$20 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare *</p> | <p>\$0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para personas con diabetes cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas con diabetes</p> <p>\$20 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare *</p> |
| Examen de la vista de rutina (Refracción) | <p>\$0 de copago *</p> <p>1 examen (exámenes) cada año</p> | <p>\$0 de copago *</p> <p>1 examen (exámenes) cada año</p> |
| Prueba de detección de glaucoma | \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Anteojos o lentes de contacto de rutina Lentes de contacto / Anteojos (marcos y lentes) / Marcos de anteojos Asignación para anteojos o lentes de contacto | \$0 de copago * Hasta \$300 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año. | \$0 de copago * Hasta \$300 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año. |
| Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente internado | Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$325 de copago por día por los días 1 al 6 \$0 de copago por día por los días 7 al 90 * | Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día por los días 1 al 6 \$0 de copago por día por los días 7 al 90 * |
| Consulta para terapia individual como paciente externo | \$25 de copago * | \$25 de copago * |
| Consulta para terapia grupal como paciente externo | \$25 de copago * | \$25 de copago * |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) | <p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día por los días 1 al 20 • \$218 de copago por día por los días 21 al 40 • \$0 de copago por día por los días 41 al 100 <p>*</p> | <p>Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día por los días 1 al 20 • \$218 de copago por día por los días 21 al 40 • \$0 de copago por día por los días 41 al 100 <p>*</p> |
| Servicios de terapia y rehabilitación | | |
| Fisioterapia | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | \$40 de copago | \$40 de copago |
| Ambulancia | | |
| Ambulancia terrestre | \$250 de copago * | \$250 de copago * |
| Ambulancia aérea | \$250 de copago * | \$250 de copago * |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia) | <p>Hasta un máximo de 12 viajes cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye médicos, especialistas, y proveedores dentales o de la vista.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *</p> <p>Lo que usted debe saber: Pueden aplicarse límites de millaje. Llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de miembro con 72 horas de anticipación para reservar un traslado a su cita. Los traslados también se pueden reservar a través de la aplicación móvil.</p> | <p>Hasta un máximo de 12 viajes cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye médicos, especialistas, y proveedores dentales o de la vista.</p> <p>\$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *</p> <p>Lo que usted debe saber: Pueden aplicarse límites de millaje. Llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de miembro con 72 horas de anticipación para reservar un traslado a su cita. Los traslados también se pueden reservar a través de la aplicación móvil.</p> |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | | |
| Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B | <p>20% de coseguro *</p> <p>Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente.</p> | <p>20% de coseguro *</p> <p>Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente.</p> |
| Insulina | <p>\$35 de copago (máximo por mes) *</p> | <p>\$35 de copago (máximo por mes) *</p> |

Beneficio

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|---------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Antígeno de alergia | 0% de coseguro * | 0% de coseguro * |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | | |
| Si el plan cuenta con un deducible aplicable a los medicamentos de la Parte D, el deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, entre ellas la vacunas contra el herpes zóster y las vacunas para viajar. | | |
| Deducible | \$615 por medicamentos con receta de la Parte D (se aplica a medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados)). Para todos los demás medicamentos cubiertos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. | \$615 por medicamentos con receta de la Parte D (se aplica a medicamentos de Nivel 2 (Medicamentos genéricos), Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (Medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados)). Para todos los demás medicamentos cubiertos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) | | |
| Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. | | |
| Lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. | | |
| Lo que usted paga por insulina: Wellcare Simple (HMO) Nivel 3: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible. | | |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <p>Nivel 4: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible.</p> <p>Wellcare Assist (HMO) Nivel 3: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 20% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 20% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 20% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible.</p> <p>Nivel 4: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible.</p> | | |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación) | | | | |
| Costo compartido minorista (30 días / 100 días de suministro) Para conocer más detalles acerca de las descripciones de los niveles, consulte su Evidencia de Cobertura. | | | | |
| | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) | \$0 / \$0 de copago | \$5 / \$15 de copago | \$18 / \$54 de copago | \$19 / \$57 de copago |
| Nivel 2 (medicamentos genéricos) | \$0 / \$0 de copago | \$10 / \$30 de copago | \$19 / \$57 de copago | \$20/\$60 de copago |
| Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) | 25% / 25% de coseguro | 25% / 25% de coseguro | 20% / 20% de coseguro | 20% / 20% de coseguro |
| Nivel 4 (medicamentos no preferidos) | 35% / 35% de coseguro | 35% / 35% de coseguro | 37% / 37% de coseguro | 37% / 37% de coseguro |
| Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días | 25% de coseguro / <u>No</u> está disponible | 25% de coseguro / <u>No</u> está disponible | 25% de coseguro / <u>No</u> está disponible | 25% de coseguro / <u>No</u> está disponible |
| Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) | \$0 / \$0 de copago | \$0 / \$0 de copago | \$0 / \$0 de copago | \$0 / \$0 de copago |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación) | | | | |
| Costo compartido de pedido por correo (100-días de suministro) | | | | |
| | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) | \$0 de copago | \$15 de copago | \$0 de copago | \$57 de copago |
| Nivel 2 (medicamentos genéricos) | \$0 de copago | \$30 de copago | \$0 de copago | \$60 de copago |
| Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) | 25% de coseguro | 25% de coseguro | 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| Nivel 4 (medicamentos no preferidos) | 35% de coseguro | 35% de coseguro | 37% de coseguro | 37% de coseguro |
| Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días | <u>No</u> está disponible | <u>No</u> está disponible | <u>No</u> está disponible | <u>No</u> está disponible |
| Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas | | | | |
| Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada durante el resto del año calendario. | | | | |

| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| | Usted ingresa a esta etapa después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos (entre ellos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen \$2,100. | | Usted ingresa a esta etapa después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos (entre ellos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen \$2,100. | |

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en otros niveles que no sean el Nivel 1 y el Nivel 2. Consulte el Formulario del plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo (Long Term care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o bien, si el suministro en días que se ha recibido. Los medicamentos con receta de pedido por correo se dispensan en cantidades de 35 días o más.

Medicamentos excluidos:

Wellcare Simple (HMO) incluyen la cobertura mejorada para medicamentos de ciertos medicamentos excluidos, como el ácido fólico de Nivel 1, la vitamina B12, la vitamina D2, solo los medicamentos genéricos de sildenafil y vardenafil. Los medicamentos genéricos de sildenafil y vardenafil 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 la Ayuda adicional. Así mismo, el monto que paga al surtir una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte su Formulario y su Evidencia de cobertura para obtener más información al respecto de esta cobertura de medicamentos.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana; o bien, puede visitar [go](#).

wellcare.com/TX-MPPP.

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p> | | |
| Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Acupuntura Cubierta por Medicare | \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. * | \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. * |
| Servicios de podiatría (cuidado de los pies) con cobertura de Medicare | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Consultas virtuales | \$0 de copago por servicios de consultas virtuales brindados a través del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan. Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios | |

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | <p>cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara.</p> <p>Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Lo que usted debe saber: El \$0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales, pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en la Evidencia de Cobertura (<i>por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP</i>).</p> | |
| Plataforma de apoyo social | <p>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea y en aplicación para apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas personalizadas y autoguiadas así como programas para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y apoyar su salud emocional y mental.</p> <p>Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos diseñados conforme a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de ingresar a comunidades sociales.</p> <p>Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee.</p> <p>Para obtener más información acerca de cómo tener acceso a la plataforma de apoyo social, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>\$0 de copago</p> | |

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agencia de atención médica a domicilio | \$0 de copago * | \$0 de copago * |
| Comidas Comidas para después de haber recibido cuidados agudos | \$0 de copago ▪ Lo que usted debe saber: Si reúne los requisitos, usted no paga nada por la entrega de comidas a domicilio durante un plazo de hasta 45 días después de una hospitalización para ayudar en la recuperación, con un máximo de 3 comidas por día por hasta 14 días por un máximo de 42 comidas por acontecimiento, sin límite de eventos por año. | \$0 de copago ▪ Lo que usted debe saber: Si reúne los requisitos, usted no paga nada por la entrega de comidas a domicilio durante un plazo de hasta 45 días después de una hospitalización para ayudar en la recuperación, con un máximo de 3 comidas por día por hasta 14 días por un máximo de 42 comidas por acontecimiento, sin límite de eventos por año. |
| Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | 20% de coseguro * | 20% de coseguro * |
| Dispositivos protésicos | 20% de coseguro * | 20% de coseguro * |
| Suministros para la diabetes | \$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> . | \$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> . |

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zapatos o plantillas para personas con diabetes | 20% de coseguro * | 20% de coseguro * |
| Servicios del Programa de tratamiento para opioides | \$20 de copago * | \$20 de copago * |
| Programas educativos sobre salud y bienestar | Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. | Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. |
| Acondicionamiento físico | \$0 de copago Lo que usted debe saber: Para ayudar con un estilo de vida activo y saludable, su plan proporciona un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Usted podría tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. Los miembros tienen acceso a centros de acondicionamiento físico presenciales, programas de ejercicios disponibles bajo pedido y gran variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar. | \$0 de copago Lo que usted debe saber: Para ayudar con un estilo de vida activo y saludable, su plan proporciona un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Usted podría tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. Los miembros tienen acceso a centros de acondicionamiento físico presenciales, programas de ejercicios disponibles bajo pedido y gran variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar. |

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) | \$0 de copago | <u>Sin</u> cobertura |
| Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Examen físico anual de rutina | <p>\$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>Lo que usted debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.</p> |
| Wellcare Spendables® | <p>Usted recibirá \$15 mensualmente precargados en su tarjeta Wellcare Spendables®. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para: Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC): Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o, en línea a través de su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Algunos ejemplos de artículos cubiertos</p> | <p>Usted recibirá \$15 mensualmente precargados en su tarjeta Wellcare Spendables®. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para: Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC): Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o, en línea a través de su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta</p> |

Beneficios adicionales

| | Wellcare Simple (HMO) H5294, Plan 011, 000 | Wellcare Assist (HMO) H5294, Plan 013, 000 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, así como artículos para diabéticos.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición: Usted puede utilizar su tarjeta para ayudarle a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> | <p>libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, así como artículos para diabéticos.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición: Usted puede utilizar su tarjeta para ayudarle a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición.</p> <p>Para más información sobre limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> |
| Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards) | <p>Con Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards), usted puede ganar hasta \$100 al completar las actividades elegibles de salud y del portal a través de su portal para los miembros.</p> <p>Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®.</p> | <p>Con Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards), usted puede ganar hasta \$100 al completar las actividades elegibles de salud y del portal a través de su portal para los miembros.</p> <p>Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®.</p> |

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-428-2224 (TTY: 711).

简体中文 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-844-428-2224 (TTY: 711)。

繁體中文 注意：我們為您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-844-428-2224 (TTY: 711)。

العربية انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجانًا مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-844-428-2224 (TTY: 711).

हिंदी ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं. एक्सेस करने योग्य फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें.

Yorùbá ÀKÍYÈSÍ: Àwọn isẹ̀ ìrànńlówọ̀ tí èdè wà nílẹ̀ fún ọ̀ lófẹ̀ẹ̀. Àwọn isẹ̀ àtì àwọn ìrànńwọ̀ arannílówọ̀ tóyẹ̀ láti pèsè ìwífúnni ní àwọn ọ̀nà kíkọ̀silẹ̀ tóṣeé ráàyè sí tún wà nílẹ̀ bákan náà lófẹ̀ẹ̀ láisan owó rára. Pe 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Twi HYE NO NSO: Kasa ho mmoa dwumadie ahodoɔ wo ho ma wo a wontua hwee. Nneema a ebeboa wo ama wate nsem ne dwumadie ahodoɔ a ede nsem beɔma wo wo akwan bebree so nso wo ho a wontua hwee. Fre 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Igbo NLERUANYA: A na-enye gi ọrụ enyemaka asụsụ n'efu. Enyemaka na ọrụ ndị kwesiri ekwesị iji nye ozi n'ụdị ndị dị mfe inweta dikrawa n'akwughị ụgwọ. Kpọọ 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Tagalog ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711).

اردو توجہ: زبان معاونت کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابل رسائی شکل میں فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-428-2224 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Français REMARQUE : des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-428-2224 (TTY : 711).

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d'aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-844-428-2224 (TTY : 711).

తెలుగు గమనిక: మీకు ఉచిత భాష సంబంధ సహాయక సేవలు అందుబాటులో ఉన్నాయి. యాక్సెస్ చేయదగిన ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక టూల్స్, సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి. 1-844-428-2224 (TTY: 711) నంబర్ కి కాల్ చేయండి.

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-844-428-2224 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Deutsch ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-844-428-2224 (TTY: 711).

नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि भाषासम्बन्धी सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। सुलभ फर्म्याटहरूमा जानकारी प्रदान गर्नका निम्ति उचित सहायक सामग्री र सेवाहरू पनि निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

तुमच्यासाठी विनामूल्य भाषा सहाय्य सेवा उपलब्ध आहेत. सुलभ स्वरूपात माहिती प्रदान करण्यासाठी योग्य अतिरिक्त मदत आणि सेवादेखील विनामूल्य उपलब्ध आहेत. 1-844-428-2224 (TTY: 711) वर कॉल करा.

മലയാളം ശ്രദ്ധിക്കൂ: നിങ്ങൾക്ക് സൗജന്യ ഭാഷാ സഹായ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന്, സൗജന്യമായി അനുയോജ്യമായ ഓക്സിഡിയറി സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും ലഭ്യമാണ്. 1-844-428-2224 (TTY: 711) എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക.

ಕನ್ನಡ ನಿಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೆ: ನಿಮಗೆ ಉಚಿತ ಭಾಷಾ ಸಹಾಯ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದಾದ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸೂಕ್ತವಾದ ಸಹಾಯಕ ಸಾಧನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ಸಹ ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಕರೆ ಮಾಡಿ 1-844-428-2224 (TTY: 711).

தமிழ் உங்களின் கவனத்திற்கு: உங்களுக்கு மொழி உதவிக்கான இலவச சேவைகள் கிடைக்கின்றன. பயன்படுத்தக்கூடிய வடிவங்களில் தகவல்களை வழங்குவதற்குப் பொருத்தமான புலன் உணர்வுக் கருவிகளும் சேவைகளும் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணை அழைத்தீடுங்கள்.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

Cómo entender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/AllwellTX o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..
- Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir otro 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 comprender 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 podrían cambiar el 1 de enero 2027.
- Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, su plan actual con cobertura para atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura se podría ver afectada una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, quizás desee cancelar su póliza Medigap porque estaría pagando por cobertura que no puede utilizar. Si tiene un plan del Mercado (Marketplace), necesitará comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, podría estar pagando por cobertura que no puede utilizar y es posible que haya multas en su siguiente devolución de impuestos.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (proveedores que no figuran en el Directorio de proveedores).

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 D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Wellcare By Allwell (HMO y HMO SNP) incluye productos suscritos por Superior HealthPlan, Inc.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



Horario de atención

Domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.



En línea

go.wellcare.com/AllwellTX