2026
Resumen de beneficios

Wisconsin

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

H8189 | 001 | 000

H8189_2026_WI_SB_DSNP_4626872SPA_M
©Wellcare 2026
4636865_WI6CNCSOBSPA_M_A213

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 Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 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/WI. 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?

Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Needs Plan, D-SNP) para personas que tienen Medicare y Wisconsin Department of Health Services.

Para ingresar a este plan, 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 Wisconsin Department of Health Services u otro tercero la pague por usted. Debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid o Medicare bajo Medicaid.

Para inscribirse en este plan debe ser elegible para el siguiente Programa de ahorros de Medicare:

H8189001000 Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) - FBDE, QMB, QMB+, SLMB+

Consulte la sección “Niveles del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)” que se encuentra a continuación para consultar una descripción de todos los niveles de MSP.

Comuníquese con el plan para obtener más información.

Áreas de servicio del plan:

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Wisconsin: Adams, Brown, Calumet, Clark, Columbia, Dane, Dodge, Fond du Lac, Green Lake, Jefferson, Kenosha, Kewaunee, Langlade, Lincoln, Manitowoc, Marathon, Marinette, Marquette, Menominee, Milwaukee, Oconto, Outagamie, Ozaukee, Portage, Racine, Shawano, Sheboygan, Taylor, Walworth, Washington, Waukesha, Waupaca, Waushara, Winnebago, y Wood.

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.

Los planes de **Organización para el mantenimiento de la salud - Punto de servicio (Health Maintenance Organization - Point of Service, HMO-POS)** son planes HMO con el beneficio de punto de servicio (POS). El beneficio de POS les permite a los miembros recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios dentales de rutina, como se indica en la sección "Beneficios" de este documento. Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red. Usted no necesita una remisión para recibir atención fuera de la red para su beneficio de POS. Sin embargo, se le recomienda que, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, confirme con nosotros que los servicios cuenten con nuestra cobertura. Si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la cobertura y usted tendrá que pagar los costos. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la 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 Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 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 Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede utilizar proveedores fuera de la red para los servicios dentales de rutina. Para todos los demás servicios, debe utilizar proveedores que estén dentro de nuestra red; de lo contrario, es posible que el plan no pague los 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 go.wellcare.com/druglist-6718.

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.

Qué es la doble elegibilidad

Los Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, DSNP) son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de salud a los beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura médica adicional y apoyo financiero según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos a través de Medicaid, pero no por Medicare.

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

- ***Doble elegibilidad y beneficios completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):*** Medicaid puede pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios totales 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. (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- ***Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)***: Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- ***Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):*** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare.
- ***Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):*** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A de Medicare.

Nota: Algunos niveles del Programa de Ahorros de Medicare (MSP) automáticamente califican para Ayuda adicional para asistencia con la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Algunos estados no cubren el costo compartido de las Partes A y B.

¿Qué es Ayuda adicional?

Es posible que haya disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), también conocido como “Ayuda adicional”, para ayudarle con los gastos de bolsillo de la Parte D, como las primas, los deducibles, el coseguro o los copagos. Muchas personas reúnen los requisitos para el programa de Ayuda adicional y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su condición de elegible doble.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que aparece en la contratapa de este documento.

Estos son servicios que no están cubiertos por nuestro plan, pero que están disponibles a través de Wisconsin Department of Health Services. Para obtener más información, consulte la Sección Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid (Summary of Medicaid-Covered Benefits) que figura más adelante en este documento.

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) **H8189, Plan 001, 000**
Nota: *Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.*	
Prima mensual del plan (incluye tanto servicios médicos como medicamentos)	$0 Dado que usted recibe Ayuda adicional, la prima de su plan se paga en nombre de usted. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, si de alguna forma no lo paga Wisconsin Department of Health Services o un tercero.
Deducible	No hay deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) (no incluye medicamentos con receta)	$9,250 por año Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos dentro de la red. Sin embargo, dependiendo de su categoría de elegibilidad para Medicaid, los proveedores fuera dentro la red que no estén inscritos en el Medicaid de su estado podrían cobrar costo compartido que paga de su bolsillo.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	• $0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	
Servicios hospitalarios para pacientes externos	$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos. *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	$0 de copago por servicios de observación para pacientes externos.

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) **H8189, Plan 001, 000**
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	$0 de copago
Especialistas	$0 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), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	$0 de copago
Atención de emergencia	$0 de copago

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Cobertura de emergencias en todo el mundo	$115 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 no se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia	$0 de copago
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	$115 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 no 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	$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	$0 de copago *
Radiografías para pacientes externos	$0 de copago *
Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética	$0 de copago *

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) **H8189, Plan 001, 000**
(MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan))	
Radiología terapéutica	$0 de copago *
Servicios auditivos Examen de audición cubierto por Medicare	$0 de copago *
Examen auditivo de rutina	$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año
Audífonos Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos Asignación para audífonos Todos los tipos	 $0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año Hasta $2,500 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.

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Servicios dentales	
Cubiertos por Medicare	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *
Servicios preventivos y de diagnóstico de rutina	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro * 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
Tratamiento con fluoruro	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro * 1 cada año
Otros servicios dentales de diagnóstico	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro * 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Otros servicios dentales preventivos	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro * 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio
Servicios integrales de rutina	
Servicios de restauración	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Endodoncia/Periodoncia	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Cirugía oral y maxilofacial	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Prostodoncia, fija	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Prostodoncia, removible	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Servicios de implantes	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Servicios generales complementarios	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro * **Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.**
Información dental adicional	**Lo que usted debe saber:** Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de asignación. Usted puede usar dentistas dentro de la red y fuera de la red para atención dental de rutina (servicios no cubiertos

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
	porMedicare). Sus costos de su bolsillo pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red. Los proveedores dentales que están fuera de la red no están obligados a aceptar el pago del plan como pago total. Es posible que le cobren más de lo que el plan paga.
Atención de la vista	
Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare	$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 $0 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año
Prueba de detección de glaucoma	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto de rutina	
Lentes de contacto / Anteojos (marcos y lentes) / Marcos de anteojos	$0 de copago *
Asignación para anteojos o lentes de contacto	Hasta $500 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Servicios de atención de la salud mental	
Consulta como paciente internado	• $0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. *
Consulta para terapia individual como paciente externo	$0 de copago *
Consulta para terapia grupal como paciente externo	$0 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: • $0 de copago por estadía *
Servicios de terapia y rehabilitación	
Fisioterapia	$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	$0 de copago

Beneficio

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Ambulancia Ambulancia terrestre	$0 de copago *
Ambulancia aérea	$0 de copago *
Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia)	Hasta un máximo de 48 viajes cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye médicos, especialistas, y proveedores dentales o de la vista. $0 de copago (por viaje de un solo tramo) * **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.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	$0 de copago *
Insulina	$0 de copago (máximo por mes) *
Antígeno de alergia	$0 de copago *

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 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	Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga un deducible por los medicamentos de la Parte D. Esta etapa de pago no se aplica.
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 (si su plan tiene un deducible).	
Lo que usted paga por insulina: **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 (si su plan cuenta con un deducible). **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 (si su plan cuenta con un deducible).	
Lo que usted paga por los medicamentos con de la Parte D: Su costo compartido que usted paga depende del nivel de Ayuda adicional.	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 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**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	**Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000**	
	Preferido	**Estándar**
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	$0 de copago	$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 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**
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	$0 de copago	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65	Medicamentos genéricos: $0 / $1.60 / $5.10 Medicamentos de marca: $0 / $4.90 / $12.65
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	No está disponible	No está disponible
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	$0 de copago	$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
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.	
	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 de este 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.

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/WI-MPPP.

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Nota: *Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.*	
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	$0 de copago *
Acupuntura Cubierta por Medicare	$0 de copago *
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) con cobertura de Medicare	$0 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 cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más. 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.

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
	Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. **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 (*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*).
Plataforma de apoyo social	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. Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos diseñados conforme a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de ingresar a comunidades sociales. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee. Para obtener más información acerca de cómo tener acceso a la plataforma de apoyo social, consulte su Evidencia de Cobertura. $0 de copago
Agencia de atención médica a domicilio	$0 de copago *

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
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.
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	$0 de copago *
Dispositivos protésicos	$0 de copago *
Suministros para la diabetes	$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura.*
Zapatos o plantillas para personas con diabetes	$0 de copago *
Servicios del Programa de tratamiento para opioides	$0 de copago *

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Programas educativos sobre salud y bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura. $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 páis. 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, Asesoramiento individualizado para el estilo de vida, Club de bienestar y gran variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)	$0 de copago
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	$0 de copago
Examen físico anual de rutina	$0 de copago **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.

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios para las personas que tienen una enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares, diabetes. Hay otras enfermedades elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar sobre la base de su enfermedad solamente. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de cobertura del plan.	**Si es elegible,** puede utilizar su asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® para los beneficios que se muestran a continuación. Una vez que se determine que cumple los requisitos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®. La asignación de su tarjeta puede utilizarse para: • **Pago de gasolina en la bomba de combustible:** Puede utilizar su tarjeta para pagar por combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora de pago en efectivo. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto disponible de la asignación. • **Alimentos saludables:** Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos de abarrotes seleccionados. Se pueden hacer pedidos de comidas preparadas y prefabricadas a través del portal en línea. • **Artículos de asistencia y seguridad del hogar:** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de asistencia y seguridad del hogar. Puede utilizar su tarjeta para ayudar con el costo del control de plagas e insectos. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para comprar artículos aceptados y ver cuáles son los servicios elegibles. • **Asistencia para el alquiler:** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler/la hipoteca de su casa. • **Asistencia para los servicios públicos:** Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el costo de los servicios públicos de su hogar. Su tarjeta se puede utilizar para gastos de servicios públicos, incluidos agua, gas natural y combustible para calefacción, electricidad, recolección de basura, servicio de televisión por cable (se excluyen los

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
	servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.
Wellcare Spendables®	Usted recibirá **$233 mensualmente** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC, servicios dentales, de la vista y de la audición. Su asignación mensual **se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.** 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. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de marca comercial y genéricos de venta libre, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia y artículos para la diabetes. **Servicios dentales, de la vista y de la audición:** Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición. **Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.** **Si reúne los requisitos,** la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para lo siguiente: • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Asistencia y artículos de seguridad para el hogar • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) H8189, Plan 001, 000
	Consulte Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. Para obtener más información y conocer cuáles son las limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura.
Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)	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. Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®.

Declaración amplia por escrito para afiliados potenciales

Los beneficios descritos anteriormente en la sección Beneficios en este Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro(s) plan(es) Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP). Para cada beneficio indicado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos conforme a nuestro(s) plan puede depender de su nivel de elegibilidad para Wisconsin Department of Health Services.

Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

La siguiente información es para personas con Medicare y Wisconsin Department of Health Services. Si un beneficio está cubierto tanto por nuestro plan como por Wisconsin Department of Health Services, debe utilizar completamente la cobertura de nuestro plan antes de que lo cubra Wisconsin Department of Health Services.

La cobertura de los beneficios descritos anteriormente puede depender de su nivel de elegibilidad para Wisconsin Department of Health Services.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Wisconsin Department of Health Services, los beneficios a los que tiene derecho o para obtener la información más actualizada sobre Wisconsin Department of Health Services, consulte su Manual para los miembros de Medicaid. También puede visitar https://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/index.htm, o llamar a Wisconsin Department of Health Services al 1-608-266-1865; TTY: 711. El horario de atención es: 8 a.m. a 4:30 p.m. (CT), de lunes a viernes.

Wisconsin Department of Health Services
• Servicios hospitalarios para pacientes internados/pacientes externos
• Centro de atención de enfermería
• Planificación familiar
• Servicios de Detección temprana periódica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)
• Servicios dentales
• Servicios de podiatría

• Servicios de la vista
• Quiropráctica
• Otros profesionales
• Servicios de atención médica a domicilio
• Servicio de enfermería privado
• Servicios clínicos
• fisioterapia, terapia conductual, terapia del habla
• Medicamento con receta
• Dentaduras postizas
• Dispositivos protésicos
• Anteojos
• Servicios de rehabilitación
• Servicios para la personas de 65 años - En instituciones para enfermedades mentales
• Servicios de enfermera partera
• Servicios de administración de casos
• Servicios ampliados para embarazadas

• Atención prenatal para embarazadas como pacientes externas
• Servicios de un centro de rehabilitación para pacientes externos
• Servicios pediátricos o de enfermera familiar con práctica médica
• Cualquier otra atención médica
• Transporte
• Servicios de cuidado personal
• Servicios de salud mental HealtCheck EPSDT
• Servicios a domicilio y en la comunidad

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

Language assistance services are available to you for free. This includes oral interpretation, sign language, and written translation, auxiliary aids and services, and other formats such as large print, Braille, audio, electronic, and printed materials.

Do you need language help? Call 1-844-796-6811 (TTY 711).

Español
Los servicios de asistencia lingüística se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Esto incluye interpretación oral, lengua de señas, traducción por escrito, ayudas y servicios auxiliares y otros formatos como letra grande, braille, audio y materiales digitales e impresos. Para obtener ayuda, llame al 1-844-796-6811 (TTY 711).

简体中文
我们为您提供免费的语言协助服务。包括口译服务、手语翻译、书面翻译、辅助设施与服务，以及其他格式如大字体印刷、盲文、音频、电子版和印刷版材料。如需协助，请致电 1-844-796-6811 (TTY 711)。

繁體中文
您可以免費獲得語言協助服務。這包括口譯、手語與書面翻譯、輔助工具和服務，以及其他格式，例如大字版、點字版、語音版、電子版和印刷資料。如需協助，請致電 1-844-796-6811 (TTY 711)。

Lus Hmoob
Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Qhov no suav nrog kev txhais lus ntawm qhov ncauj, txhais lus piav tes, thiab kev ntxhais ua ntaub ntawv, muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam, thiab ua lwm hom ntaub ntawv xws li luam ua ntawv loj, ua ntawv Xuas rau neeg dig muag, ua suab, hauv es lev thos niv, thiab luam tawm ua ntaub ntawv. Yog xav tau kev pab, hu rau 1-844-796-6811 (TTY 711).

ພາສາລາວ
ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ຟຣີ ເຊິ່ງນີ້ປະກອບມີການຕີຄວາມປາກເປົ່າ, ພາສາມື, ແລະ ການແປພາສາທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ, ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ເອເລັກໂທຣນິກ, ແລະອຸປະກອນການພິມຕ່າງໆ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-796-6811 (TTY 711).

ဗမာ
ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အကူအညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ယင်းတို့၌ နှုတ်စကားပြန်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ဖြင့် ဖော်ပြသောဘာသာစကားနှင့် စာဖြင့်ဘာသာပြန်ဆိုခြင်း၊ သင့်လျော်သော ကိရိယာအကူအညီများနှင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ထို့အပြင် စာလုံးအရွယ်အစားကြီးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ၊ အသံ၊ ဒစ်ဂျစ်တယ်ပုံစံနှင့် ပုံနှိပ်ထားသောစာရွက်စာတမ်းများကဲ့သို့ အခြားပုံစံများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အကူအညီအတွက် 1-844-796-6811 (TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

H8189_WCM_4377400_MLT_WIHE_C Internal Approved 06092025 WI HIDE
4377400_NA6WCMINSMLT_M_WIHE 06/25

Soomaali
Adeegyada kaalmada luuqadda ayaa kuugu diyaar ah si bilaash ah. Waxaa ka mid ah turjumaad afeed, luuqadda calaamadaha, iyo tarjumaad qoraal ah, qalab iyo adeegyo kaabayaal ah, iyo qaabab kale sida daabacaadda waaweyn, qoraalka Braille, cod, elektaroonik, iyo agab daabacan. Wixii caawimo ah, wac 1-844-796-6811 (TTY 711).

Русский
Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. К ним относятся устный перевод, перевод на жестовый язык и письменный перевод, вспомогательные средства и услуги, а также другие форматы, включая крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиоформат, электронные и печатные материалы. Для получения помощи позвоните по номеру 1-844-796-6811 (TTY 711).

Hrvatski
Jezične pomoćne usluge dostupne su vam besplatno. To uključuje usmeno tumačenje, znakovni jezik i pisani prijevod, pomoćna pomagala i usluge te druge formate kao što su krupni font, Brailleovo pismo, zvučni, elektronički i tiskani materijali. Za pomoć nazovite 1-844-796-6811 (TTY 711).

العربية
تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. ويشمل ذلك الترجمة الشفهية ولغة الإشارة والترجمة الكتابية ومساعِدات وخدمات إضافية وغيرها من التنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة وبطريقة برايل والملفات الصوتية والإلكترونية والمواد المطبوعة. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-844-796-6811 (TTY 711).

Deutsch
Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Dazu gehören mündliche Verdolmetschung, Gebärdensprache und schriftliche Übersetzung, zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen sowie andere Formate wie Großdruck, Braille-Schrift, Audio, elektronische und gedruckte Materialien. Wenden Sie sich für Unterstützung an: 1-844-796-6811 (TTY 711).

Tiếng Việt
Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Dịch vụ này bao gồm phiên dịch, ngôn ngữ ký hiệu và biên dịch, dịch vụ và trợ giúp bổ trợ và các định dạng khác như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi, âm thanh, tài liệu bản điện tử và bản giấy. Để được hỗ trợ, hãy gọi 1-844-796-6811 (TTY 711).

한국어
언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 여기에는 통역, 수화, 번역, 보조 도구 및 서비스, 기타 형식(대형 인쇄물, 점자, 오디오, 전자 및 인쇄 자료)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 1-844-796-6811(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski
Usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Obejmują one tłumaczenia ustne, pisemne oraz w języku migowym, dodatkowe pomoce i usługi, a także materiały z większą czcionką, w alfabecie Braille'a, audio oraz drukowane. W celu uzyskania pomocy prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-844-796-6811 (TTY 711).

हिंदी

भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. इसमें मौखिक व्याख्या, सांकेतिक भाषा और लिखित अनुवाद, सहायक साधन और सेवाओं के साथ ही अन्य फ़ॉर्मेट जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल, ऑडियो, इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट की गई सामग्री शामिल हैं. सहायता के लिए, 1-844-796-6811 (TTY 711) पर कॉल करें.

Shqip

Shërbimet e ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju pa pagesë. Kjo përfshin interpretimin, gjuhën e shenjave dhe përkthimin me shkrim, pajisjet dhe shërbimet ndihmëse, si dhe formatet e tjera si p.sh. formati me germa të mëdha, shkrimi "Braj", materialet audio, elektronike dhe të printuara. Për ndihmë, telefononi në numrin në 1-844-796-6811 (TTY 711).

রোহিঙ্গা

অনে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা ফাইবান। ইয়ান্দর বিতর মৌখিক অনুবাদ, সাইন ভাষা, লিখিত অনুবাদ, সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা এবং অন্যান্য ফরম্যাট যেমন বড় অক্ষরত মুদ্রণ, ব্রেইল, অডিও, ইলেকট্রনিক ও প্রিন্ট গইজ্জা উপকরণ তাকিবো। সহায়তারলাই কল গরন 1-844-796-6811 (TTY 711)।

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/WI 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

- ☐ 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.
- ☐ Nuestro plan permite que consulte con proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato) para ciertos servicios. Sin embargo, si bien pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar brindarle atención. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores sin contrato podrían negarse a atenderlo. Además, tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que reciba de parte de proveedores que no tienen contrato con nosotros.
- ☐ Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

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.

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/WI