2027
Resumen de Beneficios

Delaware

Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP)

H4661 | 005 | 000

©Wellcare 2026

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 Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de los servicios en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en go.wellcare.com/DE. Para solicitar una copia llame al 1-844-480-0680, (TTY 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).

¿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 Delaware Medicaid.

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 residir legalmente en los Estados Unidos. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Delaware Medicaid u otro tercero la pague por usted. Debe ser elegible para Medicare y alguna asistencia con los costos compartidos a través de Medicaid.

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

H4661005000 Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) - QI, 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 Delaware: Kent, New Castle, y Sussex.

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 calificados 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 Delaware First Health Dual Select (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) *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 Delaware First Health Dual Select (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/2027providerdirectories. 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-31.

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). Consúltelo en línea en medicare.gov u obtenga 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.

Podemos enviarle materiales en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo (como Braille, audio o tamaño de letra grande). 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 de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).

Qué es la doble elegibilidad

Los Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, DSNPs) 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 Delaware Medicaid. 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.

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H4661, Plan 005, 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 Delaware Medicaid 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)	$3,850 por año Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, 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.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Por cada admisión, usted paga: • $0 o $375 de copago por día por los días 1 al 5 • $0 de copago por día por los días 6 al 90 Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	$0 de copago por biopsias de piel. $0 o $275 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. ▪ *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H4661, Plan 005, 000**
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	$0 o $150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. $0 o $275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0 o $225 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	$0 de copago
Especialistas	$0 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
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	$0 de copago

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
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))	
Atención de emergencia	$0 o $150 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de emergencias en todo el mundo (fuera de Estados Unidos)	$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 no se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia	$0 o $40 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo (fuera de Estados Unidos)	$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 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 o $50 de copago por pruebas genéticas. $0 de copago por todos los demás análisis de laboratorio. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	$0 de copago ▪ *
Radiografías para pacientes externos	$0 o $50 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan))	$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. $0 o $275 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno hospitalario para pacientes externos. $0 o $125 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones.

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
	Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Radiología terapéutica	$0 o 20% de coseguro Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Servicios auditivos Examen de audición cubierto por Medicare	$0 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Examen auditivo de rutina	$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año
Audífonos Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos	$0 de copago * 1 ajuste(s) / evaluación (evaluaciones) cada año
Audífonos (todos los tipos)	$0 de copago *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Asignación para audífonos	Hasta $500 de asignación por oído cada año para audífonos. 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.
Servicios dentales Cubiertos por Medicare	$0 o $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Servicios preventivos y de diagnóstico de rutina Limpiezas	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Radiografías dentales	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Exámenes orales	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Tratamiento con fluoruro	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Otros servicios dentales de diagnóstico	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Otros servicios dentales preventivos	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Servicios integrales de rutina	
Servicios de restauración	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
Endodoncia	**Dentro de la red** $0 de copago * **Fuera de la red** 25% de coseguro *
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 *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Prostodoncia, removible	**Fuera de la red** 25% de coseguro * **Dentro de la red** $0 de copago *
Servicios generales complementarios	**Fuera de la red** 25% de coseguro * **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 incluye cobertura por hasta $1,500 por año del plan para todos los servicios dentales integrales de rutina cubiertos dentro y fuera de la red. Usted puede usar dentistas dentro de la red y fuera de la red para atención dental de rutina (servicios no cubiertos por Medicare). Los costos que paga 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.

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Servicios de la vista Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare	$0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para diabéticos cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas diabéticas $0 o $15 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
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/o lentes)	$0 de copago *
Asignación para anteojos o lentes de contacto	Hasta $200 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H4661, Plan 005, 000**
Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente internado	Por cada admisión, usted paga: • $0 o $350 de copago por día por los días 1 al 5 • $0 de copago por día por los días 6 al 90 Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Consulta para terapia individual como paciente externo	$0 o $40 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Consulta para terapia grupal como paciente externo	$0 o $40 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por cada admisión, usted paga: • $0 de copago por día por los días 1 al 20 • $0 o $221 de copago por día por los días 21 al 40 • $0 de copago por día por los días 41 al 100 Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Servicios de terapia y de rehabilitación Fisioterapia	$0 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional	$0 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	$0 o $40 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪
Ambulancia Ambulancia terrestre	$0 o $275 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Ambulancia aérea	$0 o $275 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *

Beneficios

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia)	Hasta un máximo de 12 viajes de un solo tramo 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 viajes también podrían reservarse a través de la aplicación móvil.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	$0 o 20% de coseguro Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente.
Insulina	$0 o $35 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Antígeno de alergia	0% de coseguro *

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	**Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 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 las vacunas contra el herpes zóster, el tétanus y para los viajes.	
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 $2,400. 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: No pagará más de $35 por un suministro para 1 mes, $70 por un suministro para hasta 2 meses o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible (si su plan tiene 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.	

Costo compartido minorista:

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 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 información acerca de las descripciones de los niveles, consulte la Evidencia de Cobertura.		
	Preferido	**Estándar**
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	$0 de copago	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 2 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 3 (medicamento no preferido)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 4 (Medicamentos Inyectables)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40

Costo compartido minorista:

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000	
	Preferido	**Estándar**
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	$0 de copago	$0 de copago

Costo compartido de pedido por correo:

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	**Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 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)	$0 de copago	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 2 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 3 (medicamento no preferido)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 4 (Medicamentos Inyectables)	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40	Medicamentos genéricos: $0 / $1.65 / $5.80 Medicamentos de marca: $0 / $5.00 / $14.40
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	No está disponible	No está disponible

Costo compartido de pedido por correo:

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000	
	Preferido	**Estándar**
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	$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.		
	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 $2,400.	

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en los niveles que no son Nivel 1. Consulte este 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. Un medicamento con receta de pedido por correo para un mes (34 días o menos) no está cubierto.

Medicamentos excluidos:

Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) incluye cobertura mejorada para 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. Asimismo, 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 recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas 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 las 24 horas, los 7 días de la semana o bien, visite go.wellcare.com/DE-MPPP.

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 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 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Acupuntura Cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. $0 o $15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. $0 o $15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) con cobertura de Medicare	$0 o $15 de copago

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
	Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
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. 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*). ▪

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Plataforma de apoyo social	$0 copago Nuestro plan ofrece acceso a una plataforma de apoyo en línea y en la aplicación diseñada 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.
Agencia de atención médica a domicilio	$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 2 comidas por día por hasta 14 días por un total de 28 comidas por acontecimiento, sin límite de acontecimientos por año.

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	$0 o 20% de coseguro Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Dispositivos protésicos	$0 o 20% de coseguro Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Zapatos o plantillas para personas con diabetes	$0 o 20% de coseguro Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. *
Monitores de glucosa en sangre (monitor tradicional de glucosa en sangre mediante punción digital)	$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*.
Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM)	$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*.
Suministros para la diabetes	$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
Servicios del Programa de tratamiento para opioides	$0 o $15 de copago Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0. ▪ *
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 país. Es posible que usted tenga 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 la opción del kit de acondicionamiento físico en el hogar.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	$0 de copago

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
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 complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras afecciones elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar solamente con base en su afección. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o	**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. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto de la asignación disponible. La carga de vehículos eléctricos (EV) también puede estar cubierta en los establecimientos participantes donde se acepten pagos con tarjeta. • **Alimentos saludables:** Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en los comercios 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 cuidado personal:** Puede usar su tarjeta para comprar artículos de cuidado personal y productos esenciales para el hogar en comercios participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos seleccionados. • **Artículos para el control de plagas:** Puede usar su tarjeta para comprar artículos para usar dentro y alrededor de su

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
consulte la Evidencia de cobertura del plan. • La elegibilidad se determina con base en las reclamaciones médicas y/o otra documentación de respaldo después de que usted se haya inscrito en nuestro plan. • Los miembros nuevos sin suficiente historial de reclamaciones pueden pedir a un proveedor que presente una atestación que respalde la revisión de elegibilidad • Wellcare le notificará a usted si es elegible y le dará instrucciones sobre cómo tener acceso a los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).	hogar en comercios participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos seleccionados. • **Asistencia para el alquiler:** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler/la hipoteca de su casa. • **Mascota robótica de compañía:** Puede usar su tarjeta para solicitar una mascota robótica de compañía. Las opciones pueden incluir un gato, un perro o un ave de compañía. • **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 servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.
Wellcare Spendables®	Usted recibirá un total de **$63 mensualmente** precargados a su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), servicios dentales, de la vista y de audición, y si es elegible, SSBCI. 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:

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
	Artículos de venta libre (Over-the Counter, OTC)- Su tarjeta se puede utilizar en comercios minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para los miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, así como artículos para persona con 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. **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** Los beneficios que se mencionan a continuación son 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 • Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Mascota robótica de compañía • Asistencia para los servicios públicos 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

Beneficios adicionales

	Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) H4661, Plan 005, 000
	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 plan Wellcare Delaware First Health Dual Select (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 plan podría depender de su nivel de elegibilidad para Delaware Medicaid.

Resumen de los beneficios cubiertos por Delaware Medicaid

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

La cobertura de los beneficios descritos anteriormente podría depender de su nivel de elegibilidad para Delaware Medicaid.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Delaware Medicaid, los beneficios a los que tiene derecho o para obtener la información más actualizada sobre Delaware Medicaid, consulte su Manual para los miembros de Medicaid. También puede visitar https://dhss.delaware.gov/dmma/home/medicaid/, o llamar a Delaware Medicaid al 1-866-843-7212 TTY: 711. El horario de atención es: 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes.

Delaware Medicaid
• Consulta en el consultorio del médico y exámenes
• Servicios de Detección temprana periódica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) (Miembros menores de 21 años)
• Servicios de enfermero con práctica médica pediátrica o familiar
• Servicios preventivos
• Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiografías por imagen
• Atención por maternidad
• Planificación familiar
• Farmacia

• Administrador de atención y servicios de coordinación de la atención
• Servicios de la vista
• Servicios dentales
• Servicios de salud conductual y por trastorno por consumo de sustancias
• Salud conductual para pacientes internados en un hospital general o psiquiátrico
• Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista según EPSDT
• Trasplante de órganos y tejidos
• Servicios de un quiropráctico *cuando es (son) médicamente necesario(s)
• Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
• Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla *cuando es (son) médicamente necesario(s)
• Servicios de hospicio
• Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)
• Servicios hospitalarios: -Servicios para pacientes internados -Servicios para pacientes externos
• Centros de Salud Calificados Federalmente
• Servicios de un podiatra
• Cuidado de rutina de los pies *con cobertura solo cuando el miembro tiene diabetes, trastornos de la circulación o vasculares
• Servicios de asesoramiento de lactancia
• Intervención en crisis para adultos

• Servicios de transporte *Solo trasporte médico de emergencia
• Servicios hospitalarios
• Servicios de atención médica a domicilio
• Dispositivos ortopédicos y protésicos, así como otros equipos médicos duraderos y servicios de tecnología asistencial
• Alternativas residenciales basadas en la comunidad * incluye establecimientos de vida asistida
• Atención de alivio *Tanto en el hogar como en establecimientos de enfermería y de vida asistida
• Servicios de salud diurnos para adultos *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Habilitación diurna *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Servicios cognitivos *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Apoyo para autodirección HCBS *Cuidado infantil por medio de un asistente autodirigido
• Servicios de actividades independientes de la vida cotidiana (servicios domésticos) *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Apoyo nutricional *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería

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 es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).

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/DE o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).
- ☐ 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 aparecen 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 entender las normas importantes

- ☐ Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ **Efecto sobre 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 tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es recomendable que cancele su póliza de Medigap porque pagará una cobertura que no podría utilizar. Si tiene un plan del Mercado, deberá 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 de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP con un contrato de Medicare y es un patrocinador de la Parte D aprobado. Nuestros planes SNP de elegibilidad doble (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 a nuestro número de 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.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

¿Ya es uno de nuestros miembros?

1-844-536-2167 (TTY: 711).

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.

Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Todavía no es uno de nuestros miembros?

Llame de manera gratuita al 1-844-480-0680 (TTY: 711).

Su llamada podría ser contestada por un agente con licencia.

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

En línea

go.wellcare.com/DE