



2025

Resumen de beneficios

Nebraska

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)

H1215 | 001

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

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costos compartidos. No enumera todos los servicios, limitaciones o exclusiones. Encontrará la lista completa de servicios en la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.wellcare.com/ne. Para solicitar una copia, llame al 1-800-225-8017 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se paga de otro modo en virtud de Nebraska Medicaid o por parte de otro tercero. Para ser elegible, también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos. Debe ser elegible para Medicare y asistencia con los costos compartidos de los beneficios totales de Medicaid en virtud de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nebraska: Adams, Antelope, Banner, Blaine, Boone, Boyd, Buffalo, Burt, Butler, Cass, Cedar, Clay, Colfax, Cuming, Custer, Dawson, Dixon, Dodge, Douglas, Fillmore, Franklin, Frontier, Furnas, Gage, Garfield, Gosper, Greeley, Hall, Hamilton, Harlan, Hayes, Hitchcock, Holt, Howard, Jefferson, Johnson, Kearney, Keith, Knox, Lancaster, Lincoln, Logan, Madison, Merrick, Nance, Nemaha, Otoe, Pawnee, Perkins, Phelps, Pierce, Polk, Saline, Sarpy, Saunders, Scotts Bluff, Seward, Sherman, Stanton, Thayer, Valley, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, y York.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y Usted). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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.

Nuestros planes le brindan 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. Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.2025wellcaredirectories.com. **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 Liberty (HMO-POS D-SNP) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

Nuestros planes también incluyen cobertura para medicamentos con receta y 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. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar? Wellcare Dual Liberty (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 de farmacias* de nuestro plan en www.

2025wellcaredirectories.com. Para los planes con cobertura para medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) está en nuestro sitio web en www.wellcare.com/NE.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información, o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-800-225-8017 (los usuarios de TTY deben llamar al 711): el horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Para ser elegible

Este plan está disponible para todas las personas que reciben Medical Assistance (Asistencia Médica) tanto del estado como de Medicare.

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

H1215001000 Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) - FBDE, QMB+, SLMB+

Consulte la sección “Niveles de los Programas de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)” a continuación para obtener una descripción de todos los niveles de MSP. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.

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

También debe estar inscrito en el plan de Nebraska Medicaid. La prima de la Parte B la paga el estado de Nebraska para personas inscritas con doble elegibilidad completa. Póngase en contacto con el plan para obtener más información.

Comprender la doble elegibilidad

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura de atención médica y apoyo económico adicional en función de su nivel de ayuda del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía en función del estado y del tipo de Medicaid que tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid, pero no por Medicare.

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

- **Beneficiario con doble elegibilidad para beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (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 (Qualified Individual, QI):** Medicaid pagará los costos relacionados de la Parte B de Medicare.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos relacionados de la Parte A de Medicare.

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

¿Qué es la “Ayuda adicional”?

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

Si tiene preguntas sobre si es elegible para Medicaid y sobre los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que figura en la contratapa de este documento.

Hay servicios que no están cubiertos por nuestro plan, pero que están disponibles a través de Nebraska Medicaid. Para obtener más información, consulte la sección Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid más adelante en este documento.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
<i>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.
Deducible	No hay deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$9,350 por año Esto es lo máximo que usted pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B al año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 (incluye colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare). *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *
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
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$110 de copago

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia	\$0 de copago
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	\$110 de copago Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes externos	\$0 de copago *
Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan))	\$0 de copago *

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
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	\$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año
Asignación para audífonos Todos los tipos	Hasta \$750 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.
Servicios dentales Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Servicios de rutina de diagnóstico y preventivos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p> <p>2 limpieza(s) cada año Radiografía(s) dental(es), 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio 2 examen oral (exámenes orales) cada año</p>
Tratamiento con fluoruro	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p> <p>1 cada año</p>
Otros servicios dentales de diagnóstico	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p> <p>1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio</p>
Otros servicios dentales preventivos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro</p>

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Servicios integrales de rutina Servicios de restauración	<p>*</p> <p>1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p>
Endodoncia/Periodoncia	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p>
Cirugía oral y maxilofacial	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p>
Servicios generales complementarios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 25% de coseguro *</p>

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.
Información dental adicional	<p>Lo que debe saber: Este plan incluye cobertura por hasta \$1,000 por año del plan para todos los servicios dentales integrales de rutina cubiertos dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted puede usar dentistas dentro o fuera de la red para atención dental de rutina (servicios no cubiertos por Medicare). Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más elevados si usa proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están contratados para aceptar el plan de pagos como pago completo. Podrían cobrarle más de lo que paga el plan.</p>
<p>Atención de la vista</p> <p>Examen de la vista cubierto por Medicare</p>	<p>\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare)</p> <p>\$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p> <p>*</p>
Examen de la vista de rutina (Refracción)	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p> <p>1 examen (exámenes) cada año</p>
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p>

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
<p>Anteojos o lentes de contacto de rutina</p> <p>Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos</p> <p>Asignación para anteojos o lentes de contacto</p>	<p>\$0 de copago *</p> <p>Hasta \$300 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.</p>
<p>Servicios de atención de la salud mental</p> <p>Consulta como paciente internado</p>	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. <p>*</p>
<p>Consulta para terapia individual como paciente externo</p>	<p>\$0 de copago *</p>
<p>Consulta para terapia grupal como paciente externo</p>	<p>\$0 de copago *</p>
<p>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Días 1-100: \$0 de copago por estadía *</p>
<p>Servicios de terapia y rehabilitación</p> <p>Fisioterapia</p>	<p>\$0 de copago *</p>

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
Ambulancia Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
Servicios de transporte	<u>Sin</u> cobertura
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 Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Etapa 1: Etapa del deducible anual		
Deducible	Este plan no tiene deducible para 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 que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.		
Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).		
Mensaje importante acerca de lo que paga por insulina: Usted no pagará más de \$35 por un suministro para hasta un mes, \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto sin importar cual sea su nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).		
Costo compartido minorista (30 días/Hasta 100 días de suministro)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Preferido	Estándar
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Preferido	Estándar
<p>Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.</p>	<p>Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 / Se limita a un suministro para 30 días</p>	<p>Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 / Se limita a un suministro para 30 días</p>
<p>Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)</p>	<p>Medicamentos genéricos: \$0 / \$0 de copago Medicamentos de marca: \$0 / \$0 de copago</p>	<p>Medicamentos genéricos: \$0 / \$0 de copago Medicamentos de marca: \$0 / \$0 de copago</p>

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)		
Costo compartido de pedido por correo (30 días/Hasta 100 días de suministro)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /
Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Preferido	Estándar
Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 /
Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 / Se limita a un suministro para 30 días	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$4.90 / Medicamentos de marca: \$0 / \$4.80 / \$12.15 / Se limita a un suministro para 30 días
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$0 de copago Medicamentos de marca: \$0 / \$0 de copago	Medicamentos genéricos: \$0 / \$0 de copago Medicamentos de marca: \$0 / \$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	Preferido	Estándar
Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas		
	<p>Usted ingresa a esta etapa después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través del servicio de pedido por correo) alcancen \$2,000.</p> <p>Una vez que ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	

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, atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en nuestra red estándar, o si la receta es para un medicamento a corto plazo (suministro para 30 días) o a largo plazo (suministro para 100 días).

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus 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, los 365 días del año; o bien, puede visitar <https://www.wellcarene.com/MPPP>.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
<p>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>	
<p>Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago *</p>
<p>Acupuntura Cubierta por Medicare</p>	<p>\$0 de copago *</p>
<p>Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago *</p>
<p>Servicios de podiatría de rutina</p>	<p>\$0 de copago *</p> <p>12 consulta(s) cada año</p>
<p>Consultas virtuales</p>	<p>\$0 de copago por servicios de consultas virtuales realizados a través de Teladoc.</p> <p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual y dermatología, entre otros.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	<p>teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Lo que debe saber: El copago de \$0 mencionado anteriormente solo aplica cuando los servicios se reciben a través de Teladoc. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del proveedor de consultas virtuales, pagará los costos compartidos indicados para dichos proveedores, tal y como se indica en la <i>Evidencia de cobertura</i> (p.ej., si recibe servicios de telesalud de su PCP, pagará el costo compartido del PCP).</p> <p>*</p>
Plataforma de apoyo social	<p>Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades terapéuticas, comunitarias, y a recursos patrocinados por el plan que ayudan a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma Twill hace que le resulte fácil unirse y permanecer involucrado a fin de mantener un curso saludable de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p>
Agencia de atención médica a domicilio	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
Comidas Comidas para después de haber recibido cuidados agudos	\$0 de copago ▪ Lo que debe saber: No paga nada por comidas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día hasta por 14 días y un máximo de 42 comidas por caso, sin límite de casos 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 <i>Evidencia de cobertura</i> .
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago *
Programas educativos sobre salud y bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
	<p>Lo que debe saber:</p> <p>Para ayudar a promover un estilo de vida activo y saludable, su plan brinda un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país.</p> <p>Los miembros tienen acceso a centros de acondicionamiento físico en persona, programas de ejercicios disponibles a pedido y a una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).</p>
Servicios de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS)	\$0 de copago
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Examen físico anual de rutina	<p>\$0 de copago</p> <p>Lo que debe saber:</p> <p>El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplementary Benefits for Chronically Ill, SSBCI)</p> <p>Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios para las personas que tienen una</p>	<p>Si es elegible, obtendrá una asignación adicional de \$61 mensual añadida a su tarjeta Wellcare Spendables™ (para una asignación mensual total de \$161) para gastar en los beneficios que se muestran a continuación. Esta asignación se combina con su beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Consulte la sección Wellcare Spendables™ en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™.</p> <p>La asignación de su tarjeta se puede utilizar para:</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001	
<p>enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, usted debe tener una o más de las siguientes enfermedades crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares, diabetes. Hay otras enfermedades elegibles no enumeradas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basada exclusivamente en su enfermedad. Es necesario cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios para los miembros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en el surtidor: Puede utilizar su tarjeta para pagar por combustible directamente en el surtidor. 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. • Alimentos saludables: Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Comidas preparadas disponibles para solicitar a través del portal en línea. • Artículos de seguridad y mejora del hogar: Puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de seguridad y mejoras del hogar. Inicie sesión en el portal de miembros para comprar los artículos aceptados. • Asistencia para el alquiler: Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler 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 servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.
<p>Wellcare Spendables™</p>	<p>Usted recibirá \$100 mensualmente precargados en su tarjeta Wellcare Spendables™ para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p> <p>Si reúne los requisitos para Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), obtendrá una asignación adicional de \$61 mensual añadida a su tarjeta, para un total de \$161 mensual. Esta asignación total puede gastarse en beneficios OTC y SSBCI. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p>

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001
	<p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de venta libre (OTC) - Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la app móvil, o iniciando sesión en su portal para 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 y artículos para diabéticos. <p>Los beneficios mencionados a continuación forman parte de los SSBCI. No todos los miembros reúnen los requisitos. Debe cumplir los requisitos para acceder a los siguientes beneficios del plan.</p> <p><u>Si reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en el surtidor • Comidas saludables • Artículos de seguridad y mejora del hogar • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos <p>Consulte Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.</p> <p>Para obtener más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
My Wellcare Rewards	<p>Con My Wellcare Rewards, usted gana puntos por completar actividades saludables elegibles. Los puntos pueden canjearse por tarjetas de regalo, de hasta \$75 al año, de sus tiendas favoritas como Walmart®, y más. Puede comenzar a ganar puntos con sólo registrarse. Algunas acciones saludables elegibles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar la Evaluación de riesgos para la salud • Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico • Consultas anuales de bienestar

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) H1215, Plan 001
	<ul style="list-style-type: none">• Vacunas anuales contra la gripe• Pruebas de detección de cáncer• Pruebas de hemoglobina A1C Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.

Declaración amplia por escrito para afiliados potenciales

Los beneficios descritos anteriormente en este *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro plan Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP). En cada beneficio enumerado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por servicios cubiertos en virtud de nuestro plan puede depender de su nivel de elegibilidad para Nebraska Medicaid.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

La siguiente información es para personas que tienen Medicare y Nebraska Medicaid. Si un beneficio está cubierto tanto por nuestro plan como por Nebraska Medicaid, usted deberá utilizar completamente la cobertura de beneficios de nuestro plan antes de que el beneficio esté cubierto por Nebraska Medicaid.

La cobertura de los beneficios puede depender de su nivel de elegibilidad para Nebraska Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad para Nebraska Medicaid, los beneficios a los que tiene derecho, o la información más actualizada de Nebraska Medicaid, consulte su Manual para los miembros de Medicaid. También puede visitar <https://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Eligibility.aspx>, o llamar a Nebraska Medicaid al 1-855-632-7633 TTY:1-800 833-7352 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Nebraska Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud física
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes internados, incluidos los servicios hospitalarios de transición y los servicios de trasplante
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes externos
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos, incluidos los servicios prestados por enfermeros con práctica médica, enfermeras parteras certificadas y asistentes médicos, así como inyecciones y medicamentos administrados en clínicas, y servicios de anestesia, incluidos los prestados por un enfermero anestesista certificado registrado.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados en centros de salud calificados federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) y en clínicas de salud rurales (Rural Health Clinics, RHC)

<ul style="list-style-type: none">• Servicios prestados en centros del Servicio de salud para la población india estadounidense (Indian Health Service, IHS)
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de laboratorio clínico y anatómico, incluida la administración de extracciones de sangre realizadas en el consultorio de un médico o en una clínica para pacientes externos para un diagnóstico de salud conductual.
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de radiología
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de chequeos médicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening Diagnosis and Treatment, EPSDT)
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención médica a domicilio
<ul style="list-style-type: none">• Servicios privados de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de terapia (fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y audiolgía)
<ul style="list-style-type: none">• Equipo médico duradero y suministros médicos, incluidos audífonos, aparatos ortésicos, prótesis y suplementos nutricionales
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de podiatría
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de quiropráctica
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de la vista
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de centros de maternidad independientes
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de hospicio, excepto cuando se prestan en un centro de atención de enfermería
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de centros de atención de enfermería especializada/de rehabilitación y de transición
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de ambulancia

<ul style="list-style-type: none">• Transporte en ambulancia que no es de emergencia
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de trasplante
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de farmacia
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de salud conductual
<ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos de emergencia y posteriores a la estabilización
<ul style="list-style-type: none">• Servicios complementarios de emergencia prestados en un hospital
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de planificación familiar
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención prenatal y de maternidad

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-844-428-2224 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-844-428-2224 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-844-428-2224 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-844-428-2224 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-844-428-2224 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের 1-844-428-2224 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia 1-844-428-2224 (TTY: 711). Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-800-225-8017 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Cómo entender los beneficios

- ❑ La *Evidencia de cobertura* (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/ne o llame al 1-800-225-8017 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).
- ❑ Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ❑ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ❑ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- ❑ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ❑ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2026.
- ❑ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para solicitar más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar. Si tiene un plan del Mercado, deberá comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, puede estar pagando por una cobertura que no puede utilizar y puede haber multas en su declaración de impuestos del año siguiente.
- ❑ 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.

La red de farmacias de Wellcare incluye farmacias preferidas de bajo costo limitadas en áreas rurales de Nebraska (NE). Los costos más bajos anunciados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluyendo si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-844-796-6811 (TTY: 711) para Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) y Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) o al 1-800-977-7522 (TTY: 711) para Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO) o consulte el *Directorio de farmacias* en línea en www.wellcare.com/NE.

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.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llamada gratuita al 1-800-225-8017 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



Horario de atención

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



En línea

www.wellcare.com/ne