



# 2024

## Resumen de beneficios

Arizona

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

H5590 | 008

## **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 D-SNP) desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

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

### **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no la paga Medicaid o una tercera persona. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arizona en: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz, y Yuma.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare Y Usted). Revíselo en línea en [www.medicare.gov](http://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.

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

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

**¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?** Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura para medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio en [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ).

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

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

## Para ser elegible

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

Este plan incluye los siguientes requisitos de elegibilidad para el plan de necesidades especiales:

### **H5590008000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) - FBDE, QMB+**

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 del MSP. Las primas, copago, coseguro y deducibles pueden variar según su categoría de elegible para Medicaid y/o nivel de Ayuda adicional que reciba.

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

También debe estar inscrito en el plan de Arizona de Medicaid. Las primas, copago, coseguro y deducibles pueden variar con base en su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. La prima de la Parte B la paga el estado de Arizona por quienes están inscritos con doble elegibilidad. Póngase en contacto con el plan para 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 en función de su nivel de ayuda del Programa de ahorros de Medicare (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 también absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid (SLMB+)
- **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.

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Prima mensual del plan</b> (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0  Debe continuar pagando el costo de su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.
<b>Deducible</b>	No hay deducible
<b>Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$8,850 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	Días 1-90: \$0 de copago por admisión *
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos (incluye colonoscopia de diagnóstico). *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago
<b>Servicios en un centro quirúrgico para pacientes externos (ambulatory surgical center, ASC)</b>	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Consultas con el médico</b>	
Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago *
<b>Cuidado preventivo</b> (por ejemplo, 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 vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 de copago
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$100 de copago  Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000.

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
	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 anula si lo ingresan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	\$0 de copago
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	\$100 de copago  Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico / servicios de laboratorio / diagnóstico por imagen</b>  Servicios de laboratorio	\$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes externos	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	\$0 de copago *
Radiología terapéutica	\$0 de copago *
<b>Servicios auditivos</b>	
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago *  1 examen cada año
Aparatos auditivos  Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago *  1 ajuste/evaluación cada año

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008	
Crédito para audífonos Todos los tipos	Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos. \$0 de copago *  Se limita a 2 audífono(s) cada año
Información adicional sobre audición	<b>Qué debe saber</b> 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.
<b>Servicios dentales</b>	
Servicios preventivos	\$0 de copago *  2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio 2 examen(es) oral(es) cada año
Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago *  1 cada año
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008	
Servicios dentales integrales Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *
Servicios de restauración	\$0 de copago *
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	\$0 de copago *
Servicios que no sean de rutina	\$0 de copago *
Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	\$0 de copago *
	<b>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.</b>
Información dental adicional	<b>Lo que debe saber:</b> Este plan incluye cobertura para servicios integrales por hasta \$4,000 por año del plan.

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Atención de la vista</b> Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago *  1 examen 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 (lentes y marcos)/Marcos de anteojos  Crédito para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago *  Hasta \$300 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
<b>Servicios de atención de la salud mental</b>  Consultas como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por admisión *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago *
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	\$0 de copago *
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Días 1-100: \$0 de copago por admisión *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>	
Fisioterapia	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Por hasta un máximo de 24 viajes cada año a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud aprobadas por el plan. Esto incluye a médicos y otros especialistas (hasta 4 viajes de un solo tramo por día).</p> <p>\$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	
Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	<p>\$0 de copago *</p> <p>Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior al monto indicado anteriormente. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro inferior es publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, CMS) y puede cambiar de forma trimestral.</p>
Insulina	\$0 de copago *
Antígeno de alergia	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

<b>Cobertura para medicamentos con receta</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
<b>Deducible anual para medicamentos con receta</b>	\$0
<b>Suministro para 30 días/hasta 100 días en farmacia minorista de la red</b>	
<b>Todos los medicamentos cubiertos</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos se limitan a un suministro para 30 días

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Servicios de quiropráctica</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Acupuntura</b> Cubierta por Medicare	\$0 de copago *
<b>Servicios de podiatría (cuidado de los pies)</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Consultas virtuales</b>	Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más.  Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
<b>Comidas</b>  Comidas para después de haber estado en cuidados intensivos	\$0 de copago ▪ <b>Lo que debe saber:</b> 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.
<b>Equipo/Suministros médicos</b>  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 *
<b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b>	\$0 de copago *

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008	
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un gimnasio o en un centro de acondicionamiento físico participante. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicio disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se puede seleccionar un monitor de acondicionamiento físico como parte de un kit de actividad física para el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Se limita a 5 consulta(s) cada año</p>
Examen físico anual	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>El examen incluye un historial médico/familiar detallado y recomendaciones para evaluaciones y/o atención de tipo preventivo.</p>
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	<p>\$0 de copago</p>

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
Dispositivo de respuesta médica a emergencias personales (PERS)	\$0 de copago
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<p>\$0 de copago por cada visita de servicios de apoyo en el hogar. Hasta 24 consultas cada año.</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>Puede recibir servicios de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	Consulte la sección Wellcare Spendables™ para obtener más información sobre el beneficio para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).
<b>Wellcare Spendables™</b>	<p>Usted recibirá \$125 <b>mensualmente</b> (\$1,500 cada año) precargados a su tarjeta Wellcare Spendables™. Su crédito mensual <b>se traslada al siguiente mes si no se utiliza y vence al final del año del plan.</b></p> <p>El crédito de su tarjeta se puede utilizar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b> - 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.</li> </ul>

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.  
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios dentales, auditivos y de la vista</b> - Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios dentales, auditivos y/o de la vista. Puede utilizar la tarjeta para pagarle directamente a su proveedor de servicios dentales, auditivos o de la vista.</li> </ul> <p>Debido a que su plan participa en el Programa de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID), usted también puede utilizar su crédito de Wellcare Spendables™ para cualquiera de los beneficios que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alimentos saludables:</b> puede utilizar su tarjeta para pagar alimentos saludables y frutas y verduras en minoristas participantes. Las comidas preparadas están disponibles para que las solicite a través del portal en línea.</li> <li>• <b>Gasolina con pago en el surtidor:</b> puede utilizar su tarjeta para pagar gasolina directamente en el surtidor. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el monto del crédito disponible.</li> <li>• <b>Asistencia para los servicios públicos:</b> puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del 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.</li> <li>• <b>Asistencia para el alquiler:</b> puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa.</li> </ul>

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H5590, Plan 008</b>
	Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> .

*Los servicios que tienen un asterisco (\*) podrían requerir una autorización previa.*

*Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

### Declaración amplia por escrito para futuras personas inscritas

Los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). En cada beneficio enumerado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este *Resumen de beneficios* depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) al número gratuito de 1-855-432-7587 (TTY: 1-800-842-6520).

Para conocer la información más actualizada de cobertura de Arizona Medicaid, visite <https://www.azahcccs.gov/> o llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda.

### **Sistema de contención de costos de la atención médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System)**

#### **Planes Medicare Advantage de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad Beneficios de 2023**

Para que pueda comprender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla presenta los montos que usted debe pagar por determinados servicios según Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de contención de costos de la atención médica de Arizona) (Medicaid) para alguien que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad en cuanto a los costos compartidos de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): \$0. Los montos de sus costos compartidos de Medicare serán pagados por su plan de salud de Medicaid a menos que, a continuación, se indique lo contrario.
- Personas que no son QMB pero que tienen las Partes A y B de Medicare: Los montos de sus costos compartidos de Medicare serán pagados por su plan de salud de Medicaid solamente si el beneficio también está cubierto por Medicaid.

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Hospitalización	\$0	\$0
Atención de salud conductual para pacientes internados	\$0	\$0
Servicios en centros de enfermería	\$0	\$0
Consulta de atención médica a domicilio	\$0	\$0
Consulta con el médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)	\$0	\$0 por las consultas de bienestar y de \$0 a \$4 por otras consultas, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años (2). \$0 para personas de 20 años o menos.
Consulta con un médico especialista	\$0	\$0 por las consultas de bienestar y de \$0 a \$4 por otras consultas, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años. \$0 para personas de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la consulta de atención quiropráctica, la administración de casos crónicos/complejos, etc.	\$0	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>
Consulta por servicios de podiatría	\$0	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Consulta de atención de salud conductual para pacientes externos	\$0	\$0
Consulta de atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	\$0	\$0
Consulta en un centro quirúrgico para pacientes externos o en un hospital para pacientes externos	\$0	\$0 a \$3, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años. \$0 para personas de 20 años o menos.
Servicios de ambulancia	\$0	\$0
Servicios de emergencia	\$0	\$0
Consulta de atención de urgencia	\$0	\$0 a \$4, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años. \$0 para personas de 20 años o menos.
Consulta de terapia ocupacional/física/del habla para pacientes externos	\$0	\$0 a \$3, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años. \$0 para personas de 20 años o menos.

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Equipo médico duradero	\$0	\$0
Dispositivos prostésicos	\$0	\$0. <i>Extremidad inferior o articulación controlada por microprocesador sin cobertura para mayores de 21 años.</i>
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta al PCP)	\$0	\$0
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de diagnóstico y las pruebas para COVID-19)	\$0	\$0
Pruebas de detección colorrectales	\$0	\$0
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0	\$0
Mamografía de control	\$0	\$0
Papanicolaou y exámenes pélvicos	\$0	\$0
Pruebas de detección del cáncer de próstata	\$0	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal terminal	\$0	\$0
Medicamentos con receta (3)	\$0	\$0 a \$2.30, según la elegibilidad, (2) para mayores de 21 años. \$0 para personas de 20 años o menos.
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones para la adaptación de audífono	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>
Audífonos	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>
Examen de rutina de la vista, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años, a menos que sea después de una operación de cataratas.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para mayores de 21 años.</i>

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA Y A LARGO PLAZO (1)</b>		
Servicios dentales de urgencia para adultos	\$0 para mayores de 21 años. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para mayores de 21 años. <i>Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.</i>
Servicio de transporte médicamente necesario que no es de emergencia	\$0	\$0
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO SOLAMENTE (1)</b>		
Servicios en centros de enfermería	Costos compartidos determinados por AHCCCS	Costos compartidos determinados por AHCCCS
Servicios de relevo	\$0. Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	\$0. Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Servicios a domicilio y en la comunidad	Aportación de los miembros determinada por AHCCCS	Aportación de los miembros determinada por AHCCCS
Servicios dentales preventivos para adultos(4)	\$0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a	\$0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada periodo de 12 meses a

<b>Beneficio</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>	<b>Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – <u>No QMB de doble elegibilidad</u>, usted paga:</b>
<b>PROGRAMAS DE MEDICAID DE ATENCIÓN AGUDA <u>Y A LARGO PLAZO (1)</u></b>		
	partir del 1 de octubre de cada año.	partir del 1 de octubre de cada año.

(1) Los programas agudos de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), ACC Regional Behavioral Health Agreements (ACC-RBHA) y el plan integral de salud del Mercy Care Department of Child Safety (Mercy Care DCS CHP). Los programas de Medicaid de atención a largo plazo incluyen el de ancianos y discapacitados físicos (E-PD) y el de la División de discapacidades del desarrollo (DDD).

(2) Consulte el sitio web del AHCCCS para obtener información adicional sobre los costos compartidos, los copagos y los beneficios del beneficiario.

(3) Los montos de los copagos de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, excepto en el caso de los medicamentos para la salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que padecen una enfermedad mental grave (Seriously Mentally Ill, SMI) utilizando fondos permitidos fuera del Título XIX.

(4) Además de los servicios dentales de urgencia para adultos descritos anteriormente.

7/8/22

## **Discrimination Is Against the Law**

Wellcare By Allwell complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Wellcare By Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### **Wellcare By Allwell:**

- Provides aids and services at no cost to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters
- Provides written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services at no cost to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages

### **If you need these services, contact Member Services at:**

Wellcare By Allwell: **1-844-796-6811** (TTY/TDD: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you believe that Wellcare By Allwell failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

### **Submit your grievance to:**

Wellcare By Allwell - Appeals & Grievances - Medicare Operations

P.O. Box 279410 Sacramento, CA 95827

Fax: **1-844-273-2671**

Email: **Arizona\_Medicare@CENTENE.COM**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY/TDD).

Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

## La discriminación es un delito

Wellcare By Allwell cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Wellcare By Allwell no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Wellcare By Allwell proporciona:

- Asistencia y servicios sin costo alguno a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

### Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al siguiente número:

Wellcare By Allwell: **1-844-796-6811** (TTY/TDD: **711**). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, 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.

Si considera que Wellcare By Allwell no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Cumplimiento. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Su queja se debe realizar por escrito y se debe enviar en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja toma conocimiento de lo que se considera como discriminación.

### Envíe su queja a la siguiente dirección:

Wellcare By Allwell- Appeals & Grievances- Medicare Operations

P.O. Box 279410 Sacramento, CA 95827

Fax: **1-844-273-2671**

Correo electrónico: **Arizona\_Medicare@CENTENE.COM**

También puede presentar un reclamo con respecto a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington D. C. 20201. Asimismo, puede presentar dicha queja por teléfono llamando al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

If you, or someone you are helping, have questions about Wellcare By Allwell, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive oral interpretation, ASL, written translation, or auxiliary services, please contact Member Services at **1-844-796-6811 (TTY 711)**.

<p><b>Spanish</b></p>	<p>Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Wellcare by Allwell, y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo y/o visual que le impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para obtener servicios de interpretación oral, lengua de señas estadounidense (ASL), traducción escrita o servicios auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros al <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>Navajo</b></p>	<p>Ha'át'éego nisin, yá'át'éehgo daaztsaáidii daaztsaastiinii dóó haash yáázh bąąhózhqod íif tsínáaztiin, Wellcare By Allwell hózhqod t'áá hwiift'íi yáádááł. Hózhqod t'áá át'éego t'áá diidlijgi yáádááł dine'é binaaltsoos daaztsaáidii binaaltsoosii dóó at'ish daaztsaáidii hwiift'íi hózhqod ałjigo áyiilaa daaztsaáidii dah anáadah yáádááł. Ha'át'éego nisin, yá'át'éehgo daaztsaáidii daaztsaastiinii dóó haash yáázh bee at'ááhągo ałdziilii nisin át'ááłtsooígíi hónáná, bee át'éego dine'é at'ish daaztsaáidii hónáná hózhqod t'áá hwiift'íi hózhqod béégashii binaaltsoos yee nisin hólqo hastiinii dóó iiná hastiinii hwiift'íi hózhqod ałjigo áyiilaa dah daaztsaáidii at'ááhągo ałdziilii daaztsaáidii binaaltsoosii hwiift'íi hózhqod ałjigo áyiilaa daaztsaáidii dah anáadah yáádááł. Áádóo oral interpretation, ASL, at'ááhągo daaztsaáidii, dóó béégashii binaaltsoos yee hwiift'íi, t'áá hwiift'íi Member Services <b>1-844-796-6811</b> hólqo hastiinii (TTY <b>711</b>) dah.</p>
<p><b>Chinese (Mandarin)</b></p>	<p>如果您或您正在帮助的人对 Wellcare By Allwell 有任何疑问但不精通英语，您有权及时获得以您所用语言提供的免费帮助和信息。如果您或您正在帮助的人有妨碍交流的听力和/或视力障碍，您有权及时获得免费辅助工具和服务。如需口译、美国手语 (ASL)、书面翻译或辅助服务，请致电<b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b> 联系会员服务部。</p>

<p><b>Chinese (Cantonese)</b></p>	<p>如果您或您協助的人對 Wellcare By Allwell 有疑問且不熟練使用英文，您有權利及時免費獲得以您的語言提供的幫助和資訊。如果您或您協助的人患有妨礙溝通的聽覺和/或視覺病況，您有權利及時免費獲得輔助工具和服務。若要獲得口譯、ASL、書面翻譯或輔助服務，請致電 <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b> 聯絡會員服務部。</p>
<p><b>Vietnamese</b></p>	<p>Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc về Wellcare By Allwell, và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin miễn phí và kịp thời bằng ngôn ngữ của quý vị. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có bệnh trạng về thính giác và/hoặc thị giác cản trở giao tiếp, quý vị có quyền nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ phiên dịch nói, ASL, dịch thuật văn bản hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>Arabic</b></p>	<p>إذا كان لديك أنت أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Wellcare By Allwell، ولم تكن ملماً باللغة الإنكليزية، فلدك الحق بالحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك ومن دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني أنت أو شخص تساعدك من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلدك الحق بالحصول على مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. للحصول على خدمات الترجمة الشفهية الفورية أو ASL (لغة الإشارة الأمريكية) أو الترجمة الكتابية أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>Tagalog</b></p>	<p>Kung kayo, o ang tinutulungan ninyo, ay may mga tanong tungkol sa Wellcare By Allwell, at limitado ang kaalaman sa Ingles, may karapatan kayong humingi ng tulong at impormasyon sa inyong wika sa paraang maagap at nang wala kayong babayaran. Kung kayo, o ang taong tinutulungan ninyo, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kayong makatanggap ng mga pansuportang tulong at serbisyo sa paraang maagap at nang wala kayong babayaran. Para makatanggap ng serbisyo sa pasalitang pagsasalin, ASL, pasulat na pagsasalin, o mga pansuportang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>

<p><b>Korean</b></p>	<p>귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 Wellcare By Allwell에 관한 질문이 있지만 영어가 유창하지 않은 경우, 적절한 시기에 무료로 귀하의 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 소통에 지장을 주는 청각 및/또는 시각적 문제를 가지고 있는 경우, 적절한 시기에 무료로 보조 지원과 서비스를 받을 권리가 있습니다. 구두 통역, ASL, 서면 번역 또는 보조 서비스를 받기 원하시면 <b>1-844-796-6811(TTY 711)</b>번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.</p>
<p><b>French</b></p>	<p>Si vous, ou une personne que vous aidez, avez des questions sur Wellcare By Allwell et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations dans votre langue, gratuitement et en temps utile. Si vous, ou une personne que vous aidez, souffrez d'un trouble auditif et/ou visuel qui entrave la communication, vous avez le droit de bénéficier d'aides et de services auxiliaires gratuitement et en temps utile. Pour bénéficier de services d'interprétation, d'ASL, de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter les services aux adhérents au <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>German</b></p>	<p>Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Fragen zu Wellcare By Allwell haben und kein Englisch sprechen, haben Sie das Recht auf zusätzliche Unterstützung und das Recht darauf, kostenlos und zeitnah Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Hör- und/oder Sehbehinderungen haben, die die Kommunikation beeinträchtigen, haben Sie das Recht auf zusätzliche kostenlose und zeitnahe Unterstützung. Für mündliche Verdolmetschungen in andere Sprachen und in Gebärdensprache, amerikanische Gebärdensprache (ASL), schriftliche Übersetzungen oder weitere Unterstützung wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst unter: <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>Russian</b></p>	<p>Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы о плане страхования Wellcare By Allwell, при этом вы не владеете английским языком в достаточной мере, у вас есть право бесплатно и своевременно получить помощь и информацию на вашем языке. При наличии у вас или лица, которому вы помогаете, связанного со слухом или зрением медицинского состояния, которое затрудняет коммуникацию, у вас есть право бесплатно и своевременно получить сопутствующую помощь и услуги. Для получения услуг устного перевода, перевода на американский жестовый язык (ASL), письменного перевода либо сопутствующих услуг обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>



Thai	<p>หากคุณหรือคนที่คุณให้การช่วยเหลืออยู่มีคำถามเกี่ยวกับ Wellcare By Allwell และไม่ถนัดในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณสามารถขอความช่วยเหลือ และ ขอรับข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ทันที หากคุณหรือ คนที่คุณให้การช่วยเหลืออยู่มีความพิการด้านการได้ยินและ/หรือ มองเห็นที่ เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือ และ บริการเพิ่มเติมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ทันที หากต้องการล่ามแปล ภาษา, ภาษามือ ASL, คำแปลเป็นลายลักษณ์อักษร หรือบริการเสริมอื่นๆ โปรดติดต่อบริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>)</p>
------	--

## 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 1-844-917-0175 (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/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ) o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (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

- ❑ Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- ❑ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2025.
- ❑ **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.
- ❑ **Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- ❑ Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

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

Los servicios por contrato se financian en parte por contrato con el Estado de Arizona.

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.

## Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



### Por teléfono

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



### Horario de atención

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



### En línea

[www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)