



# 2025

## Resumen de beneficios

Arizona

**Wellcare Simple Value (HMO)**

H0351 | 065

## **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 Simple Value (HMO) 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/allwellaz](http://www.wellcare.com/allwellaz). 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 es que no se paga de otro modo en virtud de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) o por parte de un tercero. Para ser elegible, también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos.

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 Arizona: Maricopa, Pima, y Pinal.

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](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.

Los planes **escalonados** cuentan con copagos y/o coseguros más bajos cuando los miembros buscan atención de un proveedor de atención de Nivel 1 para sus servicios médicos. Generalmente, cuando los miembros eligen ver a otros proveedores, pueden pagar costos más altos. Esta opción les brinda la flexibilidad de elegir entre proveedores y el costo de su atención.

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](http://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 Simple Value (HMO) 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 Simple Value (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el *Directorio de proveedores y de farmacias* de nuestro plan en [www.2025wellcaredirectories.com](http://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/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ).

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).

## Beneficios

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
<i><b>Nota:</b> Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
<b>Prima mensual del plan</b> (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0  Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	No hay deducible por atención médica. Consulte la sección de medicamentos con receta para conocer cuál es el deducible de la Parte D.
<b>Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$2,500 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.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b>	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 al 90</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 91 al 100</li> </ul> *
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. \$275 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos. *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$140 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.

## Beneficios

<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
<b>Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	\$200 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, incluida la colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *
<b>Consultas con el médico</b> Proveedores de atención primaria	Nivel 1 \$0 de copago Nivel 2 \$50 de copago
Especialistas	\$0 de copago *
<b>Cuidado preventivo</b> (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
<b>Atención de emergencia</b>	\$140 de copago

## Beneficios

<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
	El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de emergencias en todo el mundo	<p>\$140 de copago</p> <p>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.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>\$20 de copago</p> <p>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.</p>
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	<p>\$140 de copago</p> <p>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.</p>
<b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>	
Servicios de laboratorio	<p>\$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio.</p> <p>\$50 de copago por pruebas genéticas.</p> <p>*</p>
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<p>\$0 de copago por cada prueba de espirometría cubierta por Medicare y servicios específicos relacionados con las pruebas.</p> <p>\$30 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>*</p>

## Beneficios

	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>
Radiografías para pacientes externos	\$75 de copago *
Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan))	\$0 de copago por una mamografía de diagnóstico. \$275 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno para pacientes externos. \$250 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *
<b>Servicios auditivos</b> 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

## Beneficios

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
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	<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 dentales integrales cubiertos por Medicare	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de rutina de diagnóstico y preventivos	\$0 de copago *  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
Tratamiento con fluoruro	\$0 de copago *  1 cada año
Otros servicios dentales de diagnóstico	\$0 de copago *  1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo servicio
Otros servicios dentales preventivos	\$0 de copago *



## Beneficios

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
Servicios integrales de rutina	1 cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio
Servicios de restauración	\$0 de copago *
Endodoncia/Periodoncia	\$0 de copago *
Cirugía oral y maxilofacial	\$0 de copago *
Servicios generales complementarios	\$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 de rutina por hasta \$1,500 por año del plan.
<b>Atención de la vista</b>	
Examen de la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen de la vista de rutina (Refracción)	\$0 de copago *
	1 examen (exámenes) cada año

## Beneficios

	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>
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  Asignación para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago *  Hasta \$200 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
<b>Servicios de atención de la salud mental</b>  Consulta como paciente internado	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 al 90</li> </ul> *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$25 de copago *
Consulta para terapia grupal como paciente externo	\$25 de copago *
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día por los días 1 al 20</li> <li>• \$214 de copago por día por los días 21 al 40</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 41 al 100</li> </ul> *

## Beneficios

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
<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	\$20 de copago
<b>Ambulancia</b>	
Ambulancia terrestre	\$350 de copago *
Ambulancia aérea	\$350 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Por hasta un máximo de 12 viajes cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye a médicos y otros especialistas (hasta 4 viajes de un 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>

## Beneficios

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro * Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican la lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo, y puede cambiar trimestralmente.
Insulina	\$35 de copago (máximo por mes) *
Antígeno de alergia	0% de coseguro *

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>		
<b>Deducible</b>	<p>\$420 por medicamentos con receta de la Parte D (esto se aplica a los medicamentos en Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados)). En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>		
<p>Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>		
<b>Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas:</b>		
<p>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).</p>		
<b>Mensaje importante acerca de lo que paga por insulina:</b>		
<p>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).</p>		
<b>Costo compartido minorista (30 días/Hasta 100 días de suministro)</b>		
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 2</b> (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
<b>Nivel 3</b> (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro
<b>Nivel 4</b> (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<p><b>Nivel 5</b> (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>28% de coseguro / <u>No</u> está disponible</p> <p>Se limita a un suministro para 30 días</p>	<p>28% de coseguro / <u>No</u> está disponible</p> <p>Se limita a un suministro para 30 días</p>
<p><b>Nivel 6</b> (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>\$0/\$0 de copago</p>	<p>\$0/\$0 de copago</p>

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>		<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)</b>			
<b>Costo compartido de pedido por correo (30 días/Hasta 100 días de suministro)</b>			
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	
<b>Nivel 1</b> (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	
<b>Nivel 2</b> (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca	\$0 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago	
<b>Nivel 3</b> (medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	25% / 25% de coseguro	25% / 25% de coseguro	



<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 4</b> (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.	43% / 43% de coseguro	43% / 43% de coseguro
<b>Nivel 5</b> (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.	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible  Se limita a un suministro para 30 días	28% de coseguro / <u>No</u> está disponible  Se limita a un suministro para 30 días
<b>Nivel 6</b> (medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>		
	<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).

### **Medicamentos excluidos:**

Wellcare Simple Value (HMO) incluye la cobertura para medicamentos mejorada de ciertos medicamentos excluidos, como los de Nivel 1 ácido fólico, vitamina B12, vitamina D2 y solo medicamentos genéricos de sildenafil y vardenafil. Los genéricos de sildenafil y vardenafil tienen un límite de cantidad de seis píldoras cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare, no están cubiertos por "Ayuda adicional". Además, el monto que usted paga cuando surte una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte su Formulario y su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre esta cobertura de medicamentos.

### **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare**

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una 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 [wellcare.azcompletehealth.com/MPPP](https://www.wellcare.azcompletehealth.com/MPPP).

## Beneficios adicionales

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
<i><b>Nota:</b> Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
<b>Servicios de quiropráctica</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de quiropráctica de rutina	\$0 de copago * 12 consulta(s) cada año
<b>Acupuntura</b> Cubierta por Medicare	\$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico. Nivel 1 \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. Nivel 2 \$50 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP. *
Servicios de rutina de acupuntura	\$0 de copago *  Se limita a 24 consulta(s) cada año
<b>Servicios de podiatría (cuidado de los pies)</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
<b>Consultas virtuales</b>	\$0 de copago por servicios de consultas virtuales realizados a través de Teladoc.

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>
	<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 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><b>Lo que debe saber:</b> 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>

## Beneficios adicionales

<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>	
<b>Plataforma de apoyo social</b>	<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>
<b>Agencia de atención médica a domicilio</b>	\$0 de copago *
<b>Equipo/Suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *
Dispositivos protésicos	20% de coseguro *
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	20% de coseguro *
<b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b>	\$0 de copago *

## Beneficios adicionales

Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065	
<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de educación 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>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, sesiones individuales de asesoramiento de bienestar, acceso al Well-Being Club (Club de bienestar) y a una variedad de Kits de acondicionamiento físico en el hogar (incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico).</p>
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
<b>Examen físico anual de rutina</b>	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.</p>
<b>Wellcare Spendables™</b>	<p>Usted recibirá la cantidad de <b>\$65 cada trimestre</b> precargada en su tarjeta Wellcare Spendables™. Su asignación se carga el <b>primer día de cada trimestre (enero, abril, julio, octubre) y vence el último día de cada trimestre.</b></p> <p>La asignación de su tarjeta se puede usar para:</p>

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Simple Value (HMO) H0351, Plan 065</b>
	<p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b> - Su tarjeta se puede utilizar en establecimientos minoristas participantes, a través de la app móvil o si inicia sesión en su portal del miembro para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para resfriados y alergia, y artículos para diabéticos.</p> <p>Para obtener más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<b>My Wellcare Rewards</b>	<p>Con <b>My Wellcare Rewards</b>, 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"> <li>• Completar la Evaluación de riesgos para la salud</li> <li>• Conectar un dispositivo de rastreo del estado físico</li> <li>• Consultas anuales de bienestar</li> <li>• Vacunas anuales contra la gripe</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer</li> <li>• Pruebas de hemoglobina A1C</li> </ul> <p>Pueden aplicarse restricciones a las tarjetas de regalo.</p>



**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/allwellaz](http://www.wellcare.com/allwellaz) 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.
- ❑ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (proveedores que no figuran en el Directorio de proveedores).

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

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/allwellaz](http://www.wellcare.com/allwellaz)