# 2027
# Resumen de Beneficios

Arizona

**Wellcare Simple (HMO)**

H0351 | 063 | 000


©Wellcare 2026

**Sabemos lo importante que es tener un plan de salud con el que pueda contar.**

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Wellcare Simple (HMO) del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

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

**¿Quién puede ingresar?**

Para ingresar a este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) u otro tercero la pague por usted.

Comuníquese con el plan para obtener más información.

**Áreas de servicio del plan:**

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Arizona: Maricopa, Pima, y Pinal.

**Acerca de este plan & cómo obtener atención**

**Las Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Nuestro(s) plan(es) le brinda(n) acceso a nuestra red de proveedores médicos calificados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Simple (HMO) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

**Los medicamentos de la Parte D** están cubiertos. Usted tiene acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Nuestro(s) plan(es) usa(n) *un formulario*. Nuestros planes de

medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección exhaustiva de medicamentos genéricos y de marca de bajo costo.

**¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?** Wellcare Simple (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 farmacias en go.wellcare.com/2027providerdirectories. El formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D) completo de nuestro plan está en nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-51.

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

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

Podemos enviarle materiales en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo (como Braille, audio o tamaño de letra grande). Para obtener más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| ***Nota:*** *Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.* | |
| **Prima mensual del plan**<br>(incluye tanto servicios médicos como medicamentos) | $0<br>Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| **Deducible** | No hay deducible para servicios médicos.<br>Consulte la sección de medicamentos con receta para obtener información sobre el deducible de la Parte D. |
| **Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP)**<br>(no incluye medicamentos con receta) | $2,500 por año<br>Esto es lo máximo que usted paga de copagos y coseguro por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el año. |
| **Cobertura hospitalaria para pacientes internados** | Por cada admisión, usted paga:<br>• $250 de copago por día por los días 1 al 10<br>• $0 de copago por día por los días 11 al 90<br>▪<br>* |
| **Cobertura hospitalaria para pacientes externos**<br>Servicios hospitalarios para pacientes externos | $0 de copago por biopsias de piel.<br>$275 de copago por todos los demás servicios para pacientes externos.<br>▪<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos | $150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias.<br>$275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos.<br>▪ |
| **Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)** | $175 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.<br>▪<br>* |
| **Consultas con el médico**<br>Proveedores de atención primaria | $0 de copago |
| Especialistas | $10 de copago<br>▪<br>* |
| **Cuidado preventivo** (p. ej., consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas | $0 de copago |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| contra el neumococo, vacunas contra COVID)) | |
| **Atención de emergencia** | $150 de copago<br>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. |
| Cobertura de emergencias en todo el mundo (fuera de Estados Unidos) | $150 de copago<br><br>Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de $50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. |
| **Servicios de urgencia** | $20 de copago<br>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. |
| Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo (fuera de Estados Unidos) | $150 de copago<br><br>Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de $50,000. El copago no se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo. |
| **Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes**<br>Servicios de laboratorio | $50 de copago por pruebas genéticas.<br>$0 de copago por todos los demás análisis de laboratorio.<br>▪<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Pruebas y procedimientos de diagnóstico | $0 de copago por colonoscopia de diagnóstico, prueba de espirometría y servicios específicos relacionados con las pruebas cubiertos por Medicare.<br>$30 de copago por todos los demás servicios.<br>▪<br>* |
| Radiografías para pacientes externos | $40 de copago<br>▪<br>* |
| Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan)) | $0 de copago por una mamografía de diagnóstico.<br>$275 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico recibidos en un entorno hospitalario para pacientes externos.<br>$250 de copago por todos los demás servicios recibidos en todas las demás ubicaciones.<br>▪<br>* |
| Radiología terapéutica | 20% de coseguro<br>▪<br>* |
| **Servicios auditivos**<br>Examen de audición cubierto por Medicare | $10 de copago<br>* |
| Examen auditivo de rutina | $0 de copago<br>*<br>1 examen (exámenes) cada año |
| Audífonos<br>Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos | $0 de copago<br>*<br>1 ajuste(s) / evaluación (evaluaciones) cada año |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Audífonos (todos los tipos) | $0 de copago<br>* |
| Asignación para audífonos | Hasta $750 de asignación por oído cada año para audífonos.<br>Se limita a 2 audífono(s) cada año |
| Información adicional sobre audición | **Qué debe saber**<br>Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico. |
| **Servicios dentales**<br>Cubiertos por Medicare | $10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br>* |
| Servicios preventivos y de diagnóstico de rutina | |
| Limpiezas | $0 de copago<br>* |
| Radiografías dentales | $0 de copago<br>* |
| Exámenes orales | $0 de copago<br>* |
| Tratamiento con fluoruro | $0 de copago<br>* |
| Otros servicios dentales de diagnóstico | $0 de copago<br>* |
| Otros servicios dentales preventivos | $0 de copago<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Servicios integrales de rutina | |
| Servicios de restauración | $0 de copago<br>* |
| Endodoncia | $0 de copago<br>* |
| Periodoncia | $0 de copago<br>* |
| Cirugía oral y maxilofacial | $0 de copago<br>* |
| Prostodoncia, fija | $0 de copago<br>* |
| Prostodoncia, removible | $0 de copago<br>* |
| Servicios de implantes | $0 de copago<br>* |
| Servicios generales complementarios | $0 de copago<br>* |
| | **Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de cobertura. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.** |
| Información dental adicional | **Lo que usted debe saber:**<br>Este plan proporciona servicios dentales sin un máximo anual de asignación. |
| **Servicios de la vista** | |
| Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare | $0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para diabéticos cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas diabéticas<br><br>$10 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Examen de la vista de rutina (Refracción) | $0 de copago<br>*<br><br>1 examen (exámenes) cada año |
| Prueba de detección de glaucoma | $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br>▪ |
| Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare | $0 de copago |
| Anteojos o lentes de contacto de rutina<br>Lentes de contacto/ Anteojos (marcos y/o lentes)<br><br>Asignación para anteojos o lentes de contacto | <br><br>$0 de copago<br>*<br><br>Hasta $100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año. |
| **Servicios de atención de la salud mental**<br>Consulta como paciente internado | <br><br>Por cada admisión, usted paga:<br>• $225 de copago por día por los días 1 al 10<br>• $0 de copago por día por los días 11 al 90<br>▪<br>* |
| Consulta para terapia individual como paciente externo<br><br>Consulta para terapia grupal como paciente externo | $25 de copago<br>▪<br>*<br><br>$25 de copago<br>▪<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| **Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)** | Por cada admisión, usted paga:<br>• $0 de copago por día por los días 1 al 20<br>• $221 de copago por día por los días 21 al 40<br>• $0 de copago por día por los días 41 al 100<br>▪<br>* |
| **Servicios de terapia y de rehabilitación**<br>Fisioterapia | $10 de copago<br>▪<br>* |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional | $10 de copago<br>▪<br>* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | $40 de copago<br>▪ |
| **Ambulancia**<br>Ambulancia terrestre | $280 de copago<br>* |
| Ambulancia aérea | $280 de copago<br>* |
| **Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia)** | Hasta un máximo de 12 viajes de un solo tramo cada año a establecimientos de atención médica aprobados por el plan. Esto incluye médicos, especialistas, y proveedores dentales o de la vista.<br>$0 de copago (por viaje de un solo tramo)<br>* |

## Beneficios

| | **Wellcare Simple (HMO)**<br>**H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| | **Lo que usted debe saber:**<br>Pueden aplicarse límites de millaje. Llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de miembro con 72 horas de anticipación para reservar un traslado a su cita. Los viajes también podrían reservarse a través de la aplicación móvil. |
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare**<br>Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B | 20% de coseguro<br>*<br><br>Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo que el indicado anteriormente. |
| Insulina | $35 de copago (máximo por mes)<br>* |
| Antígeno de alergia | 0% de coseguro<br>* |

| **Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D** | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| **Etapa 1: Etapa del deducible anual** | |
| Si el plan cuenta con un deducible aplicable a los medicamentos de la Parte D, el deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, entre ellas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanus y para los viajes. | |
| **Deducible** | $700 por medicamentos con receta de la Parte D (se aplica a medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferida), Nivel 3 (medicamentos no preferidos), Nivel 4 (medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados)). Para todos los demás medicamentos cubiertos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. |
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)** | |
| Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. | |
| **Lo que usted paga por las vacunas:**<br>Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. | |
| **Lo que usted paga por insulina:**<br>No pagará más de $35 por un suministro para 1 mes, $70 por un suministro para hasta 2 meses o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. | |

## Costo compartido minorista:

| **Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D** | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** | |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)** | | |
| **Costo compartido minorista (30 días / 100 días de suministro)**<br><br>Para conocer más información acerca de las descripciones de los niveles, consulte la Evidencia de Cobertura. | | |
| | **Preferido** | **Estándar** |
| **Nivel 1** (medicamentos genéricos) | $0 / $0 de copago | $10 / $30 de copago |
| **Nivel 2** (medicamentos de marca preferida) | 25% / 25% de coseguro | 25% / 25% de coseguro |
| **Nivel 3** (medicamento no preferido) | 34% / 34% de coseguro | 34% / 34% de coseguro |
| **Nivel 4** (Medicamentos Inyectables) | 1% / 1% de coseguro | 1% / 1% de coseguro |
| **Nivel 5** (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días | 25% de coseguro / No está disponible | 25% de coseguro / No está disponible |
| **Nivel 6** (medicamentos para cuidados selectos) | $0 / $0 de copago | $0 / $0 de copago |

## Costo compartido de pedido por correo:

| **Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D** | **Wellcare Simple (HMO) H0351, Plan 063, 000** | |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)** | | |
| **Costo compartido de pedido por correo (100-días de suministro)** | | |
| | **Preferido** | **Estándar** |
| **Nivel 1** (medicamentos genéricos) | $0 de copago | $30 de copago |
| **Nivel 2** (medicamentos de marca preferida) | 25% de coseguro | 25% de coseguro |
| **Nivel 3** (medicamento no preferido) | 34% de coseguro | 34% de coseguro |
| **Nivel 4** (Medicamentos Inyectables) | 1% de coseguro | 1% de coseguro |
| **Nivel 5** (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días | No está disponible | No está disponible |
| **Nivel 6** (medicamentos para cuidados selectos) | $0 de copago | $0 de copago |
| **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas** | | |
| Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada durante el resto del año calendario. | | |

| Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas | |
|---|---|
| | Usted ingresa a esta etapa después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos (entre ellos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen $2,400. |

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en los niveles que no son Nivel 1. Consulte este Formulario del plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC), infusión en el hogar), si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o bien, si el suministro en días que se ha recibido. Un medicamento con receta de pedido por correo para un mes (34 días o menos) no está cubierto.

**Medicamentos excluidos:**

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

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D bajo Medicare, no están cubiertos por la Ayuda adicional. Asimismo, el monto que paga al surtir una receta de estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte su Formulario y su Evidencia de cobertura para obtener más información al respecto de esta cobertura de medicamentos.

**Plan de pago de recetas de Medicare**

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas las 24 horas, los 7 días de la semana  o bien, visite go.wellcare.com/AZ-MPPP.

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| ***Nota:*** *Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.* | |
| **Servicios de quiropráctica**<br>Cubiertos por Medicare | $10 de copago<br>▪<br>* |
| **Acupuntura**<br>Cubiertos por Medicare | $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP.<br>$10 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico.<br>$10 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista.<br>▪<br>* |
| **Servicios de podiatría (cuidado de los pies)**<br>con cobertura de Medicare | $10 de copago<br>▪<br>* |

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| **Consultas virtuales** | $0 de copago por servicios de consultas virtuales brindados a través del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan.<br>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.<br>Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara.<br>Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.<br>**Lo que usted debe saber:**<br>El $0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales, pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en la Evidencia de Cobertura (*por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP*).<br>▪ |
| **Plataforma de apoyo social** | $0 copago<br>Nuestro plan ofrece acceso a una plataforma de apoyo en línea y en la aplicación diseñada para apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas personalizadas y autoguiadas así como programas para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y apoyar su salud emocional y mental. |

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| | Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos diseñados conforme a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de ingresar a comunidades sociales.<br>Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee.<br>Para obtener más información acerca de cómo tener acceso a la plataforma de apoyo social, consulte su Evidencia de Cobertura. |
| **Agencia de atención médica a domicilio** | $0 de copago<br>▪<br>* |
| **Comidas**<br>Comidas para después de haber recibido cuidados agudos | $0 de copago<br>▪<br>**Lo que usted debe saber:**<br>Si reúne los requisitos, usted no paga nada por la entrega de comidas a domicilio durante un plazo de hasta 45 días después de una hospitalización para ayudar en la recuperación, con un máximo de 2 comidas por día por hasta 14 días por un total de 28 comidas por acontecimiento, sin límite de acontecimientos por año. |
| **Equipo/Suministros médicos**<br>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) | 20% de coseguro<br>* |
| Dispositivos protésicos | 20% de coseguro<br>* |
| Zapatos o plantillas para personas con diabetes | 20% de coseguro<br>* |

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| Monitores de glucosa en sangre (monitor tradicional de glucosa en sangre mediante punción digital) | $0 de copago<br>*<br><br>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. |
| Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM) | $0 de copago<br>*<br><br>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. |
| Suministros para la diabetes | $0 de copago<br>*<br><br>Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. |
| **Servicios del Programa de tratamiento para opioides** | $10 de copago<br>▪<br>* |
| **Programas educativos sobre salud y bienestar**<br><br>Acondicionamiento físico | Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.<br><br>$0 de copago<br>**Lo que usted debe saber:**<br><br>Para ayudar con un estilo de vida activo y saludable, su plan proporciona un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Es posible que usted tenga acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico.<br><br>Los miembros tienen acceso a centros de acondicionamiento físico presenciales, programas de ejercicios disponibles bajo |

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| | pedido y la opción del kit de acondicionamiento físico en el hogar. |
| Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas | $0 de copago |
| **Examen físico anual de rutina** | $0 de copago<br><br>**Lo que usted debe saber:**<br>El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo. |
| **Wellcare Spendables®** | Usted recibirá un total de **$34 mensualmente** precargados a su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), servicios dentales, de la vista y de audición.<br>Su asignación mensual **se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.**<br><br>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:<br>**Artículos de venta libre (Over-the Counter, OTC)-** Su tarjeta se puede utilizar en comercios minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para los miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, así como artículos para persona con diabetes.<br><br>**Servicios dentales, de la vista y de la audición-** Usted podría utilizar su tarjeta para ayudarle a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición.<br><br>Para obtener más información y conocer cuáles son las limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura. |

## Beneficios adicionales

| | **Wellcare Simple (HMO)<br>H0351, Plan 063, 000** |
|---|---|
| **Programa de administración de enfermedades respiratorias crónicas** | • 0% de coseguro por un nebulizador portátil y un equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) de parte del proveedor preferido.<br>• 0% de coseguro por un nebulizador portátil ysuministros relacionados con la respiración de parte del proveedor preferido.<br>• 0% de coseguro por medicamentos de la Parte B para el control de la respiración de parte del proveedor preferido.<br>La farmacia de pedido por correo entregará en su hogar sus medicamentos y suministros relacionados con la respiración.<br><br>**Lo que usted debe saber:**<br>Si se le diagnostica con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) o bronquitis crónica, podría calificar para el Programa de administración de enfermedades respiratorias crónicas. El programa tiene como objetivo ayudarle a manejar su(s) afección (afecciones).<br>La participación en un programa de administración de la atención es necesaria para ser elegible. Si administrador de atención ayudará a que usted obtenga este beneficio si califica para ello. |
| **Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)** | Con **Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)**, usted puede ganar hasta $100 al completar las actividades elegibles de salud y del portal a través de su portal para los miembros.<br><br>Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®. |

# Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).

## Cómo entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/AZ o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de domingo a sábado (todas las zonas horarias).
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir otro médico.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Cómo entender las normas importantes

- ☐ Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, su plan actual con cobertura para atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es recomendable que cancele su póliza de Medigap porque pagará una cobertura que no podría utilizar. Si tiene un plan del Mercado, deberá comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, podría estar pagando por cobertura que no puede utilizar y es posible que haya multas en su siguiente devolución de impuestos.
- ☐ 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 de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP con un contrato de Medicare y es un patrocinador de la Parte D aprobado. Nuestros planes SNP de elegibilidad doble (D-SNP) tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

## Comuníquese con nosotros

**Para más información, comuníquese con nosotros:**

**Por teléfono**

**¿Ya es uno de nuestros miembros?**

1-800-977-7522 (TTY: 711).

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

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

**¿Todavía no es uno de nuestros miembros?**

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

Su llamada podría ser contestada por un agente con licencia.

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

**En línea**

go.wellcare.com/AZ