2027
Resumen de Beneficios

Verda Noble Care Plan (HMO) H2630-001
Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) H2630-002
Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Plan de Salud Verda de Arizona Es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. La información completa sobre costos, beneficios y reglas se encuentra en el Comprobante de Cobertura. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Experiencia del Miembro al número de teléfono que aparece en este documento o en línea en https://verdahpaz.com/

Para unirse a **Verda Noble Care Plan (HMO)** o **Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: los condados de Maricopa y Pima.

Salvo en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos dichos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "**Medicare y usted**". Puede verlo en línea en Medicare.gov También puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluyendo algunos días festivos federales. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos.

Departamento de Experiencia del Miembro
1-888-256-5123 (TTY/TDD 711)

Horario de atención
De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.
y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Sitio web: https://verdahpaz.com/

VERDA
HEALTH PLAN OF ARIZONA

2027

Resumen de Beneficios

Verda Noble Care Plan (HMO) H2630-001
Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) H2630-002
Condados de Maricopa y Pima

Prima y beneficios	Verda Noble Care (HMO) H2630-001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) H2630-002
Prima del plan mensual Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Part B.	$0	$0
Deducibles	$0	$0
Responsabilidad máxima de desembolso personal (No incluye medicamentos recetados)	$2,099	$1,799
Cobertura hospitalaria para pacientes internados**	$0 para los días 1-3 $150/día para los días 4-7 $0 para los días 8-90	$0 para los días 1-3 $125/día para los días 4-7 $0 para los días 8-90
Cobertura hospitalaria ambulatoria**	$50-90 por visita	$50-90 por visita
Servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)**	$0	$0
Visitas al médico • Atención primaria • Especialistas**	Médico de atención primaria $0 Visita al especialista $0	Médico de atención primaria $0 Visita al especialista $0
Atención preventiva – Servicios cubiertos por Medicare	$0	$0
Atención de emergencia	$99 (Si el paciente ingresa en las próximas 48 horas, se le eximirá del copago de urgencia).	$90 (Si el paciente ingresa en las próximas 48 horas, se le eximirá del copago de urgencia).
Servicios que se necesitan con urgencia	$0	$0
Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes** • Procedimientos de diagnóstico, pruebas y análisis de laboratorio • Rayos X • Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, tomografía computarizada, resonancia magnética) • Servicios de radiología terapéutica	 $0 $0 $0-$50 Coaseguro del 20%	 $0 $0 $0-$25 Coaseguro del 20%

Prima y beneficios	Verda Noble Care (HMO) H2630-001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) H2630-002
Servicios auditivos • Examen auditivo rutinario, adaptación y evaluación • Audífonos	 $0 (1 por año natural) $299 por audífono (Tecnología avanzada) $599 por audífono (Tecnología Premium)	 $0 (1 por año natural) $99 por audífono (tecnología estándar) $299 por audífono (Tecnología avanzada) $599 por audífono (Tecnología Premium)
Servicios dentales Servicios de diagnóstico - Exámenes orales y radiografías - Pruebas de diagnóstico Servicios preventivos - Limpiezas y fluoruro - Asesoramiento nutricional/de higiene **Servicios integrales***** Incluye servicios de odontología restauradora, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, cirugía oral e implantes.	 $0 (2 por año calendario) $0 $0 (2 por año calendario) $0 Los copagos varían según el procedimiento. Consulte la Evidencia de Cobertura Dental para ver la lista completa de costos.	 $0 (2 por año calendario) $0 $0 (2 por año calendario) $0 Los copagos varían según el procedimiento. Consulte la Evidencia de Cobertura Dental para ver la lista completa de costos.
Servicios de visión • Examen ocular rutinario (1 examen al año) • Gafas (lentes y monturas)/Lentes de contacto	 $0 Límite de cobertura de $200 por año	 $0 $250 límite de cobertura por año
Servicios de salud mental ** · Grupo · Individual	 $20 $40	 $20 $40
Centro de enfermería especializada ** 	$0/día para los días 1-7 $20/día para los días 8-20 $221/día para los días 21-100	$0/día para los días 1-7 $20/día para los días 8-20 $221/día para los días 21-100
Terapia física, del habla y ocupacional**	$0	$0

Prima y beneficios	Verda Noble Care (HMO) H2630-001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) H2630-002
Ambulancia · Suelo · Aire Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.	$119 20%	$109 20%
Transporte	$0 (24 viajes de ida)	$0 (36 viajes de ida)
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Copago de $0 Vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19 Usted paga el 20 % del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	Copago de $0 Vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19 Usted paga el 20 % del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B
Equipos médicos duraderos (EMD) *	Coaseguro del 0% para artículos de menos de $175. Coseguro del 20% para artículos de más de $175.	Coaseguro del 0% para artículos de menos de $175. Coseguro del 20% para artículos de más de $175.

*Los servicios pueden requerir autorización
**Los servicios pueden requerir derivación y autorización.
***Consulte el documento de Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener más detalles.

Verda Noble Care Plan (HMO) H2630-001		
Deducible de la Parte D	$300 (No aplica a los niveles 1; 2)	
Cobertura inicial	Usted se encuentra en la Etapa de Cobertura Inicial hasta alcanzar los $2,400 en gastos de bolsillo por medicamentos (en lo que va del año).	
	Farmacia minorista Suministro para 30 días	**Pedidos por correo Suministro para 90 días**
Nivel 1 – Genérico preferido	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 – Genérico	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 – Marca preferida	Copago de $40	Copago de $80
Nivel 4 – Marca no preferida	30%	N/A
Nivel 5 – Nivel especializado	30%	N/A
Cobertura catastrófica	Durante esta etapa de pago, el plan cubre el costo total de sus medicamentos. Usted no paga nada.	

Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) H2630-002		
Deducible de la Parte D	$300 (No aplica a los niveles 1, 2 y 6)	
Cobertura inicial	Usted se encuentra en la Etapa de Cobertura Inicial hasta alcanzar los $2,400 en gastos de bolsillo por medicamentos (en lo que va del año).	
	Farmacia minorista Suministro para 30 días	**Pedidos por correo Suministro para 90 días**
Nivel 1 – Genérico preferido	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 – Genérico	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 – Marca preferida	Copago de $35	Copago de $70
Nivel 4 – Marca no preferida	28%	N/A
Nivel 5 – Nivel especializado	30%	N/A
Nivel 6 – Atención Selecta	Copago de $0	Copago de $0
Cobertura catastrófica	Durante esta etapa de pago, el plan cubre el costo total de sus medicamentos. Usted no paga nada.	

Mensaje importante sobre el costo de las vacunas
Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si corresponde). Llame al Departamento de Experiencia del Miembro para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina
Usted no pagará más de $35 (o menos, dependiendo de tu nivel de Ayuda adicional o si tu copago de Nivel 3 es menor que $35) por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de copago se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si tiene un deducible). El copago puede variar dependiendo de la farmacia que elija y cuando entre en una nueva fase del tratamiento Beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los copagos específicos de farmacia y una lista completa de los servicios que se encuentran en el Resumen de Cobertura (EOC), llame al Departamento de Experiencia del Miembro de Verda Health Plan of Arizona al número de teléfono que aparece en este documento o consulte su Manual del Miembro en www.verdahpaz.com.

Beneficios Adicionales

Beneficios Adicionales	Verda Noble Care (HMO) H2630-001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) H2630-002
Artículos de venta libre (OTC)	$30 al mes (no acumulable)	$40 al mes (no acumulable)
Viagra (genérico) 6 pastillas al mes	$0	$0
Beneficio de comida** Inmediatamente después de una cirugía o una hospitalización	$0 (2 comidas al día hasta por 21 días consecutivos por cada estancia hospitalaria. Límite de 42 comidas al año.)	$0 (2 comidas al día hasta por 21 días consecutivos por cada estancia hospitalaria. Límite de 42 comidas al año.)
Acupuntura • Acupuntura cubierta por Medicare	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios quiroprácticos y de masaje terapéutico de rutina.	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios quiroprácticos y de masaje terapéutico de rutina.
Servicios quiroprácticos** • Quiropráctica cubierta por Medicare	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios de acupuntura y masajes terapéuticos de rutina.	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios de acupuntura y masajes terapéuticos de rutina.
Masaje terapéutico	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios rutinarios de acupuntura y quiropráctica.	$0 Límite de 20 visitas al año combinadas con servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina.
Telesalud**	$0 (Disponible para atención primaria y servicios urgentemente necesarios)	$0 (Disponible para atención primaria y servicios urgentemente necesarios)
Gimnasio (Gimnasio individual)	$0	$0
Sistema de respuesta a emergencias personales(PERS)	$0	$0
Beneficios de la compra de comestibles ^(SSBCI)	$25 al mes (no acumulable)	$30 al mes (no acumulable)
Atención Nutricional	$25 al mes	$15 al mes

Beneficios Adicionales	Verda Noble Care (HMO) H2630-001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) H2630-002
	(Se acumulará como máximo trimestralmente)	(Se acumulará como máximo trimestralmente)
Compañerismo	$0 Máximo 30 horas al año.	$0 Máximo 60 horas al año.
Atención de emergencia a nivel mundial Cobertura de hasta $50,000 • Atención de urgencias • Sala de emergencia	 $0 $99	 $0 $90

^Este es un beneficio complementario especial para miembros con enfermedades crónicas (SSBCI). Eso significa que, para obtener este beneficio, debes tener una condición crónica elegible, como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares crónicos, accidente cerebrovascular u otras condiciones crónicas. No todos los miembros califican. Consulta tu Evidencia de Cobertura para ver la lista completa de condiciones crónicas elegibles y los criterios de cobertura. Llame al Departamento de Experiencia del Miembro para obtener más información.
*Los servicios pueden requerir autorización
**Es posible que se requiera derivación y autorización para acceder a estos servicios.