



# Resumen de beneficios de 2022

California

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

H0562 | 121

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

H3561 | 001

---

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

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca). Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

### **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vive en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

### **Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** incluye estos condados en California: Fresno, Kern, los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare.

**H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)** incluye estos condados en California: Alameda, Amador, Fresno, Imperial, madera, placer, Sacramento y Stanislaus.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en el plan Medicaid de California. Las primas, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar con base en la categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de ayuda adicional que usted reciba. La prima de la Parte B la paga el Estado de California en el caso de los inscritos en el régimen dual. Por favor comuníquese con el plan para obtener más detalles.

### **Comprender la elegibilidad doble**

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos debido a que el estado proporciona cobertura adicional de atención médica y apoyo financiero con base en su nivel de ayuda del programa de ahorros de Medicare (MSP).

La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

**Plan de necesidades especiales duales elegibles (DSNPs)** son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de atención médica para beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con la elegibilidad y el alcance de los beneficios ofrecidos determinado por el estado en el que se ofrece el plan.

## Niveles de Medicare Savings Program (MSP)

- **Beneficio completo doble elegible (FBDE):** Medicaid puede pagar por sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +))
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Medicaid absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB +)
- **Persona calificada (QI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte B de Medicare
- **Qualified Disabled Working Individual (QDWI):** Medicaid pagará los costos asociados con la Parte A *de Medicare*

Nota Algunos niveles de MSP califican automáticamente para "Ayuda adicional" para la asistencia de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Algunos Estados no cubren los costos compartidos de las Partes A & B.

### ¿Qué es "Ayuda adicional"?

Una asignación por bajos ingresos (LIS), también conocido como "Ayuda adicional", puede estar disponible para ayudarle con gastos de desembolso directo de la Parte D, tales como primas, deducibles, coseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de "Ayuda adicional" y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel de Medicare Savings Program (MSP) y su estado de elegibilidad doble.

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que aparece en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como de Medicare.

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar 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/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca). (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos.)

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

---

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

Usted puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y para planes con cobertura de medicamentos recetados, nuestro formulario de plan completo (lista de medicamentos recetados de la Parte D) en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca).

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 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. Visítenos en [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA).

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Área de servicio</b>	<p><b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b>  <b>H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en California: Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare.  <b>H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)</b> incluye estos condados en California: Alameda, Amador, Fresno, Imperial, madera, placer, Sacramento y Stanislaus.</p>	
<b>Criterios de elegibilidad para Planes de Necesidades Especiales</b>	<p>H0562121000 includes (FBDE, QMB +, SLMB +) y  H3561001000 includes (FBDE, QMB +, SLMB +).  Consulte "niveles de Medicare Savings Program (MSP)" al principio de este documento</p>	
<p>Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según su categoría de elegibilidad de Medicaid y / o el nivel de Ayuda adicional que reciba.</p>		
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero.	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$3,450 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Días 1-90: \$0 de copago por estadía ▪ *	Días 1-90: \$0 de copago por estadía ▪ *
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b>	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
<b>Consultas al médico</b> Proveedores de atención primaria	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas)	Copago de \$0	Copago de \$0

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
Radiología terapéutica	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
<b>Servicios de audición</b> Examen auditivo cubierto por Medicare	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Examen de audición de rutina	Copago de \$0 *  1 examen al año	Copago de \$0 *  1 examen al año
Audífonos  Ajuste/evaluación de audífonos	Copago de \$0 *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año	Copago de \$0 *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Asignación para audífonos  Todos los tipos	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  Copago de \$0 *  Limitado a 2 audífonos cada año	Hasta una asignación de \$2,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.  Copago de \$0 *  Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.
<b>Servicios dentales</b>  Servicios integrales Cubiertos por Medicare  Servicios de diagnóstico  Servicios de restauración	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *  Copago de \$0 *  Servicios de diagnósticos ilimitados todos los años.  Copago de \$0 *  Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare *  Copago de \$0 *  Servicios de diagnósticos ilimitados todos los años.  Copago de \$0 *  Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	Copago de \$0 *  Los servicios cubiertos incluyen la rebase de dentadura postiza una vez por arco cada dos años calendario. Los púnticos son una prestación cubierta en el mismo diente una vez cada cinco años naturales.	Copago de \$0 *  Los servicios cubiertos incluyen la rebase de dentadura postiza una vez por arco cada dos años calendario. Los púnticos son una prestación cubierta en el mismo diente una vez cada cinco años naturales.
Información Dental Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios integrales hasta \$1,000.	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios integrales hasta \$1,000.
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago ( todo los otros Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$0 de copago ( todo los otros Exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista de rutinario (refracción)	Copago de \$0 *  1 examen al año	Copago de \$0 *  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ▪
Anteojos cubiertos por Medicare	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<p>Anteojos de rutina</p> <p>Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos</p> <p>Asignación para anteojos</p>	<p>Copago de \$0 lentes de contacto ilimitados cada año</p> <p>Anteojos (lentes y/o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p>Hasta \$400 de asignación combinado cada año.</p>	<p>Copago de \$0 lentes de contacto ilimitados cada año</p> <p>Anteojos (lentes y/o marcos) cada año</p> <p>*</p> <p>Hasta una asignación combinada de \$400 cada año.</p>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta hospitalaria	Días 1-90: \$0 de copago por día *	Días 1-90: \$0 de copago por día *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *	Días 1-100: \$0 de copago por período de beneficio. *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>		
Fisioterapia	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 ▪	Copago de \$0 ▪
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Ambulancia aérea	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
<b>Servicios de transporte</b>	Hasta 60 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *  <b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje	Hasta 60 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *  <b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>		
Medicamentos quimioterapéuticos	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Otros medicamentos de la Parte B	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Etapa 1: Deducible Anual de Medicamento recetado</b>		
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.
<b>Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>		
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. El costo compartido que usted paga depende de su nivel de "Ayuda adicional". Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.		
<b>Costos compartidos minoristas estándar (suministro de 30 días / 90 días)</b>		
	<b>Estándar</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca no preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
	<b>Estándar</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días	Genéricos: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Suministro limitado a 30 días
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95/15% De marca: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca no preferidas - incluye medicamentos de marca preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% Limitado a suministro de 30 días
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Genéricos \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% De marca \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>				
	Después de que el costo total de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$4,430, usted pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca. para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.		Después de que el costo total de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$4,430, usted pagará su costo compartido de "Ayuda adicional" o no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca. para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>				
	Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>		Después de que sus costos de desembolso personal anuales por medicamentos (sin incluir lo que pagó el plan, pero incluidos los medicamentos que compró a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,050, según su nivel de "Ayuda adicional", no paga nada o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), o</li> <li>• Copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos</li> </ul>	

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, al menudeo, en un centro de atención a largo plazo Long Term Care, LTC), infusión en el hogar, ya sea que la farmacia esté en nuestra red preferida o estándar o si la receta es un suministro para un plazo corto (suministro para 30 días) o para un plazo largo (suministro para 90 días).

Medicamentos excluidos:

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Vardenafil en el nivel 1 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 ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte el Formulario y la Evidencia de Cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
Servicios quiroprácticos de rutina	Copago de \$0 ▪ *  24 consultas al año	Copago de \$0 ▪ *  24 consultas al año
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 ▪ *	Copago de \$0 ▪ *
Servicios de acupuntura de rutina	Copago de \$0 ▪ *  Limitado a 24 consulta (s) cada año.	Copago de \$0 ▪ *  Limitado a 24 consultas cada año
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	Copago de \$0 ▪	Copago de \$0 ▪
Servicios de podología de rutina	Copago de \$0 ▪  12 consultas al año	Copago de \$0 ▪  12 consultas al año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
	<b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	<b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta telemedicina) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet utilizando un teléfono inteligente, tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo habilitado para cámara.</p>	
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ *</li> </ul>	Copago de \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ *</li> </ul>
<b>Comidas</b>  Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	\$0 de copago por cada comida post-aguda <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b></li> </ul> Usted no paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados para ayudar en la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días.	\$0 de copago por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b></li> </ul> Usted no paga nada por las comidas después de una estancia en cuidados post-agudos inmediatamente después de una estadía en el hospital para pacientes hospitalizados para ayudar en la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Comidas para pacientes con una afección crónica	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada comida para pacientes con una afección crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para la transición de los miembros con enfermedades crónicas a las modificaciones del estilo de vida. Los afiliados reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días al mes, con un máximo de 84 comidas. La prestación se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</li> </ul>
<b>Equipo/suministros médicos</b>		
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Prótesis	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Suministros para diabéticos	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	Copago de \$0 *	Copago de \$0 *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
<b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b>	<p>Copago de \$0 La prestación total máxima es 155 dólares cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>	<p>Copago de \$0 La prestación total máxima es 125 dólares cada tres meses</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.</p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>Acondicionamiento físico</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de este plan proporciona una membresía a Peerfit Move, un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros tendrán 32 créditos cada mes para utilizarlos. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de fitness, o cajas de fitness en casa y videos de fitness</p>	<p>Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.</p> <p>Copago de \$0 La cobertura incluye: Rastreador de actividad y acondicionamiento físico</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de este plan proporciona una membresía a Peerfit Move, un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros tendrán 32 créditos cada mes para utilizarlos. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de fitness, o cajas de fitness en casa y videos de fitness</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	Copago de \$0  Limitado a 5 consultas cada año	Copago de \$0  Limitado a 5 consultas cada año
Adicional de rutina física anual	Copago de \$0 <b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.	Copago de \$0 <b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.
Línea de asesoría de enfermeras las 24 horas	Copago de \$0	Copago de \$0
Dispositivo de respuesta médica de emergencia personal (PERS)	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b> Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la evidencia de cobertura.	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.  Acompañante robótico: Usted paga Copago de \$0 Cubre un gato acompañante interactivo o un perro de un proveedor contratado. Aplican limitaciones.  Animal de servicio: Usted paga \$0 de copago Ayuda a cubrir el costo de ciertos artículos para su aprobación de la ADA	Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001</b>
	Servicio de animales hasta \$50 por mes. Aplican limitaciones.  Se puede requerir una remisión *	

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Declaración escrita exhaustiva para los afiliados potenciales

Las prestaciones descritas en la sección de primas y prestaciones del resumen de prestaciones están cubiertas por nuestro plan Medicare Advantage. Para cada beneficio enumerado, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) va a cubrir los beneficios descritos en la prima y la sección del resumen de beneficios. Si tiene preguntas sobre su derecho a Medicaid y las prestaciones a las que tiene derecho, llame gratis a Medi-Cal al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077).

Nuestra fuente de información para los beneficios de Medicaid es <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambios en cualquier momento. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de California, visite el Departamento de servicios de atención médica (DHCS) o llame a servicios al miembro para obtener ayuda. Puede encontrar una explicación detallada de los beneficios de Medicaid de California en el Resumen de servicios de California en línea en <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>.

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Servicios de acupuntura	Servicios de otros profesionales y servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura se deben limitar al tratamiento que se realiza para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor crónico severo y persistente resultante de una afección médica generalmente reconocida.	X <sup>1</sup>					
Servicios quiroprácticos	Servicios quiroprácticos	Los servicios proporcionados por quiroprácticos, que actúan dentro del alcance de su práctica según lo autorice la ley de California, están cubiertos, excepto que dichos servicios se limitarán al tratamiento de la columna vertebral por medio del manual manipulación.	X <sup>1</sup>					
Hemodiálisis crónica	Hemodiálisis crónica	Procedimiento utilizado para tratar la insuficiencia renal - cubierto únicamente como un servicio para pacientes ambulatorios. La sangre se retira del cuerpo a través de una vena y se distribuye a través de una máquina que filtra los productos de desecho y el exceso de líquidos de la sangre. Luego se devuelve la sangre "limpiada" al cuerpo. Crónico significa que este procedimiento se lleva a cabo de manera regular. Se requiere autorización previa cuando son proporcionados por centros de diálisis renal o unidades de hemodiálisis comunitarias.	X	X	X	X	X	X

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS)		Servicios de ECAD combinados: Un programa de servicios para pacientes ambulatorios basado en un centro que proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidador, comidas y transporte para beneficiarios elegibles de Medi-Cal. Servicios de ECAD no combinados: Partes componentes de los servicios del centro de ECAD prestados fuera de los centros, bajo ciertas condiciones, según se especifica en el párrafo 94.	X	X	X	X	X	X
Caso mejorado Management (ECM), como definido en el párrafo 95		Un servicio que consiste en los servicios de "administración de casos complejos" y "planificación centrada en la persona", incluyendo la coordinación de las necesidades individuales de los beneficiarios para los servicios necesarios de atención a largo plazo y apoya.	X	X	X	X	X	X
Anteojos, lentes de contacto, ayudas para la visión baja, prótesis Ojos y otros aparatos oculares	Anteojos, contacto Lentes de visión reducida SIDA, prótesis oculares y otros ojos Aparatos	Los aparatos oculares están cubiertos en la receta escrita de un médico u optometrista.	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3
Centros de salud calificados federalmente (FQHC) (servicios cubiertos de Medi-Cal únicamente)	FQHC	Una entidad definida en la sección 1905 de la ley del seguro social (42 de la sección 1396d (1) (2) (B) del código de los Estados Unidos).	X	X	X	X	X	X

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Audífonos	Audífonos	Los audífonos están cubiertos únicamente cuando son suministrados por un dispensador de audífonos con receta médica de un otorrinolaringólogo, o el médico tratante donde no hay otorrinolaringólogo disponible en la comunidad, además de una evaluación de audio lógico incluyendo una evaluación de audífonos que debe ser llevada a cabo por o bajo la supervisión del médico anterior o por un audiólogo.	X	X	X	X	X	X
Indian Health Services (Medi-Cal servicios cubiertos únicamente)		Indio significa cualquier persona que es elegible según la ley y las regulaciones federales (25 U.S.C. Secciones 1603c, 1679b y 1680C) y cubre los servicios de salud proporcionados directamente por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, el servicio de salud indígena, o por un programa de salud indígena o tribal o urbano financiado por el servicio de salud indígena para proporcionar servicios de salud a las personas elegibles, ya sea directamente o por contrato.	X	X	X	X	X	X
Médico en el hogar Servicios de exención de atención y servicios de exención de centro de enfermería		Los servicios de exención de atención médica en el hogar y los servicios de exención de centros de enfermería están cubiertos cuando los receta un médico y se proporcionan en el lugar de residencia del beneficiario de acuerdo con un plan de tratamiento por escrito que indique la necesidad de servicios de exención de atención médica en el hogar o servicios de exención de centros de enfermería y de acuerdo con un acuerdo por escrito entre el Departamento y el	X	X	X	X	X	X

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Servicios de centro de cuidados intermedios para el desarrollo-mental Discapacitados	Servicios de centros de cuidados intermedios para El desarrollo mental Discapacitados	Los servicios del centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo están cubiertos sujetos a autorización previa del Departamento. Las autorizaciones se pueden otorgar hasta por seis meses. La solicitud de autorización debe ser iniciada por el centro. El médico tratante deberá firmar la solicitud de autorización y certificará al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención	X 5	X 5	X	X 5	X 5	X 5
Servicios de centro de cuidados intermedios para el desarrollo-mental Habilitación para minusválidos	Servicios de centros de cuidados intermedios para El desarrollo mental Habilitación para minusválidos	Los servicios de un centro de cuidados intermedios para la habilitación de discapacitados del desarrollo (ICF-DDH) están cubiertos previa autorización del Departamento de Servicios de Salud para el nivel de atención ICF-DDH. Las autorizaciones se pueden otorgar hasta por seis meses. Las solicitudes de autorización previa de admisión a una ICF-DDH o para la continuación de los servicios serán iniciadas por el centro en los formularios designados por el Departamento. La documentación de certificación requerida por el Departamento de servicios de desarrollo debe ser completada por el personal del centro regional y presentarse con el formulario de solicitud de autorización de tratamiento. El médico tratante deberá firmar el formulario de solicitud de autorización de tratamiento y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de cuidado.	X 5	X 5	X	X 5	X 5	X 5

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Atención intermedia Servicios del centro para el El desarrollo mental Discapitados-enfermería.		Los servicios de un centro de cuidados intermedios para discapacitados del desarrollo-enfermería (ICF/DD-N) están cubiertos previa autorización del Departamento para el nivel de cuidados ICF/DD-N. Las autorizaciones se pueden otorgar hasta por seis meses. Las solicitudes de autorización previa para el ingreso en una ICF/DD-N o para la continuación de los servicios deberán ser iniciadas por el centro de certificación de la Formularios de servicios del programa de tratamiento (HS 231). La documentación de certificación requerida por el Departamento de Servicios de Desarrollo deberá ser completada por el personal del centro regional y presentada con el formulario de Solicitud de Autorización de Tratamiento. El médico tratante firmará el formulario de solicitud de autorización de tratamiento y certificará al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención	X 5	X5	X	X5	X 5	X5
Atención intermedia Servicios	Atención intermedia Servicios del centro	Los servicios de atención intermedia están cubiertos únicamente después de que se haya obtenido la autorización previa del Asesor de Medi-Cal designado para el distrito donde se encuentra el centro. La solicitud de autorización debe ser iniciada por el centro. El médico tratante deberá firmar la solicitud de autorización y certificar al Departamento que el beneficiario requiere este nivel de atención	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Educación local Agency (LEAAgency (LEA)) Servicios	Educación local Agencia Medi- Cal Opción de facturación Servicios del programa	Evaluación de salud y salud mental de LEA y servicios de Educación de salud y salud mental, que incluyen cualquiera o todo lo siguiente: (A) evaluación nutricional y educación nutricional, consistente en evaluaciones y educación nutricional no en el aula entregada al beneficiario elegible de LEA con base en el resultado de la evaluación de salud nutricional (dieta, alimentación, valores de laboratorio y crecimiento), (B) evaluación de la vista, consistente en el examen de la agudeza visual en el punto más lejano llevado a cabo por medio de la prueba de Snellen, (C) evaluación de la audición, consistente en pruebas de discapacidad auditiva utilizando criterios de riesgo y técnicas de detección apropiadas según se define en el título 17, código de regulaciones de California, secciones 2951 (c), (D) evaluación del desarrollo, consiste en el examen del nivel de desarrollo por medio de una revisión de los logros del desarrollo en comparación con las normas esperadas para la edad y los antecedentes, (E) evaluación del estado psicosocial, consistente en la evaluación de la función cognitiva, emocional, social y conductual y el autoconcepto a través de pruebas, entrevistas y evaluaciones conductuales y (F) consistente en Educación de salud que no sea en el aula y orientación preventiva basada en la edad y el desarrollo Educación de salud adecuada.						

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Servicios de transporte médico	Transporte - Servicios de transporte médico	Cubre la ambulancia, la camioneta de basura y los servicios de transporte médico para sillas de ruedas están cubiertos cuando la condición médica y física del beneficiario es tal que el transporte por medios ordinarios de transporte público o privado está médicamente contraindicado y se requiere transporte con el propósito de obtener atención médica necesaria.	X	X	X	X	X	X
Servicios de Optometría	Servicios de Optometría	Cubre exámenes oculares y recetas médicas para lentes correctivos. Los servicios adicionales no están cubiertos.	X	X	X	X	X	X
Mental para pacientes ambulatorios Salud	Mental para pacientes ambulatorios Salud	Servicios proporcionados por profesionales de atención médica autorizados que actúan dentro del alcance de su licencia para adultos y niños diagnosticados con una condición mental, según lo definido por el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM, por sus siglas en Portugués), lo que resulta en una angustia leve a moderada o un debilitamiento del funcionamiento mental, emocional o conductual. Servicios incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia)</li> <li>• Pruebas psicológicas cuando se indiquen clínicamente para evaluar una afección de salud mental</li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de monitorear la terapia de medicamentos</li> <li>• Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Pruebas de detección e intervención breve (SBI)</li> <li>• Consulta psiquiátrica para el manejo de medicamentos</li> </ul>	X 2	X <sup>2</sup>	X 2	X <sup>2</sup>	X 2	X <sup>2</sup>

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Organizado Clínica para pacientes ambulatorios Servicios	Servicios de la clínica y Servicios clínicos organizados para pacientes ambulatorios	Los servicios de exención de atención médica en el hogar y los servicios de exención de centros de enfermería están cubiertos cuando los receta un médico y se proporcionan en el lugar de residencia del beneficiario de acuerdo con un plan de tratamiento por escrito que indique la necesidad de servicios de exención de atención médica en el hogar o servicios de exención de centros de enfermería y de acuerdo con un acuerdo por escrito entre el Departamento y el	X	X	X	X	X	X
Servicios farmacéuticos y Medicamentos recetados	Servicios farmacéuticos y Medicamentos recetados	Cubre medicamentos que incluyen medicamentos con receta médica y sin receta médica y la nutrición total de los padres suministrada por un médico autorizado.	X	X	X	X	X	X
Servicios médicos	Servicios médicos	Cubre la atención primaria, los servicios para pacientes ambulatorios y los servicios prestados durante una estadía en un hospital o centro de enfermería por servicios médicamente necesarios. Puede cubrir los servicios de salud mental limitados cuando sean prestados por un médico y tratamientos de alergia limitados.	X	X	X	X	X	X

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Servicios de podología	Otros profesionales ' Servicios y Servicios de los podólogos	Las consultas al consultorio están cubiertas si son médicamente necesarias. Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios están sujetos a autorización previa y se limitan a los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para tratar los trastornos de los pies, tobillos o tendones que se insertan en el pie, secundario o complicación de enfermedades médicas crónicas, o que afectan significativamente la capacidad de caminar. Los servicios prestados en caso de emergencia están exentos de los autorización.	X 1	X1	X 1	X1	X 1	X1
Prótesis y Aparatos ortopédicos	Prótesis y Aparatos ortopédicos	Todos los aparatos prostéticos y ortopédicos necesarios para la restauración de la función o reemplazo de las partes del cuerpo según lo recetado por un médico, podólogo o dentista autorizado, dentro del ámbito de su licencia, están cubiertos cuando los proporciona un protésico, ortesista o el profesional autorizado, respectivamente.	X	X	X	X	X	X
Psico-terapéutico medicamentos	Servicios no cubiertos bajo el plan estatal	S. Medicamentos psicoterapéuticos que se enumeran en el manual del proveedor de Medi-Cal			X 8			

Servicios	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	GMC	Plan de dos	COHS	Región	Imperia	San Benito
Especializada Rehabilitación Servicios en expertos Centros de enfermería e intermedio Centros de atención	Especial Rehabilitación Servicios	Se cubrirán los servicios especializados de rehabilitación. Dicho servicio incluirá la continuación médicamente necesaria de los servicios de tratamiento iniciados en el hospital o terapia intensiva de corto plazo que se espera que produzca la recuperación de la función que conduce a ya sea (1) un nivel más alto sostenido de auto-cuidado y alta a casa o (2) un nivel de atención inferior. Se cubrirán los servicios especializados de rehabilitación.	X 5	X5	X-	X5	X5	X5

- - - - -

## **PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Una vez que se convierte en miembro de Health Net, Health Net utiliza y divulga la información de salud protegida de un miembro y la información financiera personal no pública \* para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y cuando lo permita o requiera la ley. Health Net brinda a los miembros un aviso de prácticas de privacidad que describe cómo utiliza y divulga la información de salud protegida; los derechos de acceso de la persona, para solicitar enmiendas, restricciones y una contabilidad de divulgaciones de información de salud protegida; y los procedimientos para presentar quejas. Health Net le brindará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para divulgaciones que no sean de rutina, como mercadeo. Health Net proporciona acceso a los miembros para inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida del miembro en conjuntos de registros designados mantenidos por Health Net. Health Net protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización mediante el uso de salvaguardias de seguridad razonables y apropiadas. Estas salvaguardias incluyen limitar el acceso a la información de salud protegida de una persona a sólo aquellos que tienen una necesidad de saber para realizar el pago, tratamiento, operaciones de atención médica o cuando lo permita o requiera la ley. El aviso completo de prácticas de privacidad de Health Net se puede encontrar en [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) bajo "privacidad" o puede llamar al centro de contacto del cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto para obtener una copia.

*\* La información financiera personal no pública incluye información financiera personal identificable que usted nos proporcionó para obtener la cobertura del plan de salud u obtuvimos para proporcionarle beneficios. Los ejemplos incluyen números de seguro social, saldos de cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública acerca de usted a nadie, excepto según lo permita la ley.*

**ATENCIÓN:** Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniyam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services numerā lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

# Estamos a sólo una llamada de distancia

## ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellAR](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

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

## CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 0 visite [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)

## GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellGA](http://www.wellcare.com/allwellGA)

## INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellIN](http://www.wellcare.com/allwellIN)

## KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellKS](http://www.wellcare.com/allwellKS)

## LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)

## MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 0 visite [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)

## MISSISSIPPI

+ HMO  
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellMS](http://www.wellcare.com/allwellMS)

## NEBRASKA

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP  
☎ 1-833-853-0864

📄 O visite [www.wellcare.com/NE](http://www.wellcare.com/NE)

## NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO  
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellNV](http://www.wellcare.com/allwellNV)

## NEW MEXICO

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP  
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellNM](http://www.wellcare.com/allwellNM)

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP  
☎ 1-800-247-1447

📄 O visite [www.fideliscare.org/wellcaremedicare](http://www.fideliscare.org/wellcaremedicare)

## OHIO

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellOH](http://www.wellcare.com/allwellOH)

## OKLAHOMA

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK)

## OREGON

+ HMO, PPO  
☎ 1-844-582-5177

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

+ HMO D-SNP  
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite [www.wellcare.com/trilliumOR](http://www.wellcare.com/trilliumOR)

## PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP  
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)

## TEXAS

+ HMO

📞 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8023

🖥️ O visite [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)

## WISCONSIN

+ HMO D-SNP

📞 1-877-935-8024

🖥️ O visite [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)

## WASHINGTON

+ PPO

📞 1-844-582-5177

🖥️ O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

## HORAS DE ATENCIÓN

📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

📅 Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-293-5151 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. Visite [www.wellcare.com/allwellaz](http://www.wellcare.com/allwellaz) o llame al 1-866-277-6583 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

- **Para planes con una prima del plan (no aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- **Únicamente para planes HMO:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- **Únicamente para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, a pesar de que pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo en tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- **Únicamente para los planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica específica o incapacitante específica que califica.
- **Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

## **Comuníquese con nosotros**

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

### **Por teléfono**

Sin costo al 1-866-277-6583 (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

### **Horario de atención**

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

**En línea** [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

**Estamos con nuestros miembros a cada paso del camino.**

Centene, Inc. es un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene 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.