

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP), su *Manual del afiliado de Medicare Medi-Cal Plan*

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Su cobertura médica y de medicamentos bajo Wellcare by Health Net

Introducción al *Manual del Afiliado*

Este *Manual del afiliado*, también denominado *Evidencia de Cobertura*, detalla la cobertura que se le otorga en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2023. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios y el apoyo a largo plazo. Los servicios y el apoyo a largo plazo le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a una casa de reposo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual del afiliado* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Wellcare by Health Net, su Medicare Medi-Cal plan.

ATENCIÓN: Si habla árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita, tiene servicios de asistencia de idiomas sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable. La llamada es gratuita.

CA2CNCEOC07891S_R000

H0562_129

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Arabic –

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجلوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.

Armenian –

ՈՒՇԱԴԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY` 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը` 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը` 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգս անվճար է:

Cambodian –

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នក តំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Chinese –

請注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。

Farsi –

توجه: اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 1-800-431-9007 (TTY 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



www.wellcare.com/healthnetCA.

Korean –

주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

Russian –

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.

Spanish –

ATENCIÓN: Si habla árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Tagalog –

ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Vietnamese –

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable. La llamada es gratuita.

Wellcare by Health Net desea resaltar la importancia de que usted comprenda la información de su plan médico. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Manual del afiliado de Wellcare by Health Net 2023**Índice**

Capítulo 1: Comenzar como afiliado	7
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	20
Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos.....	43
Capítulo 4: Tabla de Beneficios.....	69
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios	140
Capítulo 6: ¿Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medi-Cal?	162
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos	169
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	175
Capítulo 9: ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)?	201
Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan.....	259
Capítulo 11: Notificaciones legales.....	267
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes.....	272

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Descargo de responsabilidad

- ❖ Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados del Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios al Afiliado o consulte el *Manual del Afiliado* para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe nuevas formas de mejorar los Planes de Medicare Advantage.
- ❖ Los beneficios mencionados pueden ser parte de los beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos. No todos los afiliados calificarán.
- ❖ La cobertura de Wellcare by Health Net es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare by Health Net, un plan médico que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medi-Cal. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	9
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	9
B1. Medicare.....	9
B2. Medi-Cal.....	10
C. Ventajas de nuestro plan.....	10
D. Área de servicios de nuestro plan.....	11
E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan	12
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico?	12
G. El equipo y el plan de atención.....	14
G1. Equipo de atención.....	14
G2. Plan de atención.....	14
H. Prima mensual del plan	14
I. Su <i>Manual del afiliado</i>	14
J. Otra información importante que le brindamos	15
J1. Su tarjeta de ID del plan	15
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	16

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*..... 17

J4. *Explicación de Beneficios* 17

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de afiliación? 18

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) 19

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Un plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar sus servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Usted puede confiar en nuestra experiencia

Se ha afiliado a un plan de salud en el que puede confiar.

Wellcare by Health Net ayuda a más de un millón de personas que cuentan con Medicare y Medi-Cal a recibir los servicios que necesitan. Para lograrlo, ofrecemos un mejor acceso a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal. También ofrecemos muchas otras cosas:

- Nos enorgullecemos de brindarle un excelente servicio al cliente, ya que le prestamos una atención especializada, positiva y personalizada como nuestro afiliado. Nuestro personal capacitado del Departamento de Servicios al Afiliado no lo hará esperar; además, maneja varios idiomas a través de los servicios de interpretación. Le brindaremos un servicio de “asistencia personalizada” para ayudarlo a orientarse en sus beneficios como lo haríamos con nuestra propia familia; esto le dará rápidamente las respuestas que necesita para acceder a la atención.
- Hemos construido redes de médicos de alta calidad durante casi 25 años. Los médicos y especialistas de nuestra red Wellcare by Health Net trabajan juntos en grupos médicos para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesita.
- Su comunidad es nuestra comunidad. Somos una compañía del sur de California, de modo que nuestros empleados viven en el mismo lugar que usted. Apoyamos a las comunidades locales a través de lo siguiente:
 - Exámenes de salud en eventos locales de salud y centros comunitarios.
 - Clases de educación para la salud sin costo.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

- personas de 65 años o mayores;

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- algunas personas menores de 65 años con discapacidades;
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal. Medi-Cal ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos; y
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y de Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan, y
- Medicare y el estado de California nos permiten seguir ofreciendo este plan.

En el caso de que nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal, incluidos los medicamentos recetados. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare and Medi-Cal funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Las siguientes son algunas ventajas:

- Puede trabajar con nosotros para satisfacer **todas** sus necesidades de atención médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluir cuidadores, médicos, enfermeros, asesores, otros profesionales de la salud, y a usted.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esa es la persona que trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y coordinador de atención trabajan con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
 - Que los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos afiliados de Wellcare by Health Net: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare by Health Net a los fines de sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar la correspondiente inscripción en Wellcare by Health Net. Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan médico anterior de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare by Health Net. No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicios incluye estos condados en California: Los Angeles, Riverside, San Bernadino y San Diego.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicios. Consulte el **Capítulo 8** de nuestro *Manual del afiliado* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

Usted puede afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con cada uno de los siguientes requisitos:

- Vivir en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella) **y**
- Tener 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- Tener Parte A de Medicare y Parte B de Medicare, **y**
- Actualmente debe reunir los requisitos para Medi-Cal y recibir todos los beneficios de Medi-Cal; eso incluye a las siguientes personas:
 - Las personas que cumplen con las disposiciones de costo compartido
 - Residentes en un centro de enfermería con una parte del costo, **y**
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere obtener más información.

Tenga en cuenta: si pierde la elegibilidad, pero puede recuperarla en forma adecuada dentro de los 6 meses, entonces sigue siendo elegible para obtener la afiliación de nuestro plan (en el Capítulo 10, sección A, página 251 se informa acerca de la cobertura y la distribución de costos durante este período, que se denomina elegibilidad considerada continua).

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico?

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. Incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de LTSS y de salud conductual y funcionales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA por teléfono, correo o en nuestro sitio web.

Le enviaremos más información acerca de la HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante un cierto período de tiempo, si no están en nuestra red. La llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden la continuidad de la prestación con su proveedor actual.
- Podemos determinar que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o un especialista, con algunas excepciones. Una “relación existente” significa que usted visitó a un proveedor fuera de la red, al menos, una vez para una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Para determinar si hay una relación existente, revisaremos su información de salud que tengamos disponible o la que usted nos brinde.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión en menos tiempo y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que demuestre que hay una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realice la solicitud.

Nota: Solo puede realizar esta solicitud con respecto a servicios de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan. **No puede** realizar esta solicitud para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.

Cuando finalice el período de continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y a otros proveedores de la red de Wellcare by Health Net que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Cuando se inscriba en nuestro plan, usted elegirá un grupo médico participante de la red Wellcare by Health Net. También elegirá un PCP de este grupo médico participante. Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA y seleccione un PCP de nuestra red de planes. Los Servicios al Afiliado también pueden ayudarle a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame a Servicios al Afiliado e informe su selección. Su PCP debe formar parte de nuestra red. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del afiliado* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



G. El equipo y el plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede incluir a su médico, a un coordinador de atención o a otro profesional de la salud que usted elija.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a coordinar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudarlo a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención. El plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de servicios de salud del comportamiento y de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

- Sus metas de atención de salud.
- Un cronograma que indique cuándo debería recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su evaluación de riesgos médicos. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. Además, el equipo de atención le mencionará algunos servicios para que usted considere si quiere recibirlos. Su plan de atención se basa en sus necesidades. El equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan

Nuestro plan no tiene prima mensual.

I. Su *Manual del afiliado*

Su *Manual del afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9**, sección D, página 197 de su *Manual del afiliado* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Para pedir el *Manual del afiliado*, llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del afiliado* en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página o descargarlo.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que le brindamos

También le brindamos su tarjeta de ID de afiliado, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del plan

Con nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y de Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo, algunos servicios de salud conductual y recetas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o recetas de la Parte D. Esta es una muestra de la tarjeta de identificación de afiliado:

		[Wellcare By Health Net] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
MEMBER INFORMATION Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXX] Care Coordinator Phone: [X-XXX-XXX-XXXX]		PHARMACY INFORMATION  Rx Claims Processor: [CVS Caremark®] RxBIN: [XXXXXXXX] RxPCN: [XXXXXXXX] RxGRP: [XXXXXXXX] RxD: [XXXXXXXXXXXX]		FOR MEMBERS [[Member Services: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Mental Health Benefits: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Nurse Advice Line: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Transportation: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Envolv Vision (For Members and Members): X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]]	
PROVIDER INFORMATION [[PPG Name:]] [[Provider Group Name]] [[PPG Phone:]] [[X-XXX-XXX-XXXX]] PCP Name: [Last, First Name] PCP Phone: [X-XXX-XXX-XXXX] MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/Specialist Office Visit: [\$X]		FOR PROVIDERS  [[For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: X-XXX-XXX-XXXX]] [[Medical Claims:]] [Wellcare By Health Net] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030]		 [[Pharmacy prior auth: X-XXX-XXX-XXXX]] [[For help; (PHARMACY USE ONLY) X-XXX-XXX-XXXX]] Submit Part D Drug Claims to: [Wellcare By Health Net] [Attn: Member Reimbursement Dept] [P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577]	
FOR EMERGENCIES Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).					

Si su tarjeta de identificación de afiliado sufre daños, se pierde o es objeto de robo, llame inmediatamente a Servicios al Afiliado al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Conserve esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC, por sus siglas en inglés) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHHS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Salud Mental Especializada y Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) del Condado
- Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP, por sus siglas en inglés)
- Servicios o proveedores de medicamentos recetados cubiertos de Medi-Cal “Medi-Cal Rx”
- Planes “Denti-Cal” de servicios dentales de Medi-Cal
- Servicios de Exención Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés).

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página.

El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se enumeran los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeros practicantes y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como proveedores de cuidado diurno para adultos y de salud en el hogar) que puede consultar como afiliado de Wellcare by Health Net. También se enumeran las farmacias a las que puede ir para obtener sus medicamentos que requieren receta médica. Entre los tipos de farmacias enumerados en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se incluyen las farmacias de venta minorista, las de compra por correo, las de infusión en el hogar y las de atención a largo plazo (LTC).

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **y**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- LTSS proveedores de servicios de salud del comportamiento, agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o de Medi-Cal.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página. Servicios al Afiliado y nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviar. Le indica qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

También se informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, sección C, página 146 de su *Manual del Afiliado*.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web (consulte la información en la parte inferior de la página).

J4. Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

En la EOB se informa la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo,

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona que receta sobre estas opciones más económicas. En el **Capítulo 6**, sección A, página 157 de su *Manual del Afiliado* se incluye más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página.

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de afiliación?

Puede mantener su registro de afiliación actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Nuestros proveedores y farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.**

Deberá notificarnos de inmediato con respecto a lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho o la indemnización laboral.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hospital o una casa de reposo.
- Si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participa o es parte, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



K1. Privacidad de la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)

La información que aparece en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8**, sección C1, página 191 de su *Manual del Afiliado*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Departamento de Servicios al Afiliado	21
B. Su Coordinador de Atención.....	24
C. Línea de Consultas con Enfermeras.....	28
D. Línea de Crisis de Salud Conductual	29
E. Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP)	30
F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)	31
G. Medicare.....	32
H. Medi-Cal.....	33
I. Oficina de la Defensoría.....	34
J. Servicios Sociales del Condado	35
K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado	38
L. California Department of Managed Health Care.....	39
M. Otros recursos.....	40
N. Agencias locales de asuntos sobre la vejez	40
O. Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés)	41
P. Seguro Social.....	41

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Departamento de Servicios al Afiliado

LLAME AL	<p>1-800-431-9007. La llamada es gratuita.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>
POR CORREO	<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

Comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos o facturación.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado*.
- Apelaciones sobre la atención de salud.
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado*.
- Quejas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la **Sección F**, página 29).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
 - Si la queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Defensoría llamando al 1-855-501-3077 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con la atención médica, consulte el **Capítulo 9**, sección K, página 239 de su *Manual del Afiliado*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos por Medicare
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos de Medicare es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos por Medicare ○
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9**, sección G, página 215 de su *Manual del Afiliado*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos de Medicare.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9**, sección G, página 215 de su *Manual del Afiliado*.
- Quejas sobre sus medicamentos de Medicare
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia, Esto incluye las quejas sobre sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para pedir ayuda.
- Si quiere obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9**, sección K, página 239, de su *Manual del Afiliado*.
- Pago por atención médica o medicamentos de Medicare que ya pagó
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado*.

B. Su Coordinador de Atención

Un coordinador de atención es una persona principal que trabaja con usted, con el plan médico y con sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita.

El Departamento de Servicios al Afiliado también puede informarle cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Un coordinador de atención:

- ayuda a organizar los servicios de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- trabaja con usted para elaborar su plan de atención.
- ayuda a decidir quién formará parte de su equipo de atención.
- le brinda la información que necesita para administrar su atención médica.

Si necesita ayuda para comunicarse con su coordinador de atención, puede llamar a Servicios al Afiliado. Si quiere cambiar de coordinador de atención o tiene preguntas adicionales, comuníquese con el número de teléfono que se indica debajo. También puede llamar a su coordinador de atención antes de que este se comunique con usted. Llame al número que se indica a continuación y pida hablar con su coordinador de atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



LLAME AL	<p>1-800-431-9007. La llamada es gratuita.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>
POR CORREO	<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre la atención de salud.
- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias).
- Preguntas sobre transporte.
- Preguntas sobre servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Los LTSS incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y los centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de la vida.

Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- servicios comunitarios para adultos (CBAS);
- atención de enfermería especializada;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- terapia del habla;
- servicios sociales médicos; y
- cuidado de la salud en el hogar.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS):

Podrían cumplir con los requisitos aquellos afiliados a Medi-Cal que tienen una discapacidad física, mental o social que se manifestó después de los 18 años de edad y que podrían beneficiarse de los servicios comunitarios para adultos.

Los afiliados que reúnan los requisitos deben cumplir con los siguientes criterios:

- Necesidades lo suficientemente significativas como para cumplir con el nivel de atención de un centro de enfermería A (NF-A, por sus siglas en inglés), como la necesidad de servicios de enfermería especializada, observación de enfermería especializada, administración de medicamentos, asistencia con limitaciones físicas o limitaciones mentales o superior.
- Tener una discapacidad cognitiva de moderada a grave, lo que incluye alzhéimer u otro tipo de demencia de moderado a grave.
- Tener una discapacidad del desarrollo.
- Una discapacidad cognitiva de leve a moderada, lo que incluye alzhéimer o demencia, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
 - bañarse
 - deambular
 - vestirse
 - trasladarse

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- alimentarse
 - administrar medicamentos
 - ir al baño
 - higienizarse
- Una enfermedad mental crónica o lesión cerebral, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
 - Bañarse
 - ir al baño
 - vestirse
 - deambular
 - alimentarse
 - trasladarse
- Administración de medicamentos, o necesidad de asistencia o supervisión en una de las actividades de la lista anterior y también en una de las siguientes:
 - higienizarse
 - administrar dinero
 - acceder a recursos
 - preparar comidas
 - Transporte
- Una expectativa razonable de que los servicios preventivos mantendrán o mejorarán el nivel de funciones actual (por ejemplo, en los casos de lesión cerebral causada por un traumatismo o una infección).
- Tener una gran probabilidad de deterioro y una posible hospitalización si los servicios comunitarios para adultos no estuvieran disponibles (por ejemplo, en casos de tumores cerebrales o demencia relacionada con el VIH).

Centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés)

Los afiliados deben necesitar atención médica de corta o larga duración durante las 24 horas del día, según la indicación de un médico, para reunir los requisitos para recibir atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o para el ingreso en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



C. Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras de Wellcare by Health Net es un servicio gratuito que ofrece asesoramiento telefónico y consultas de enfermería que brindan médicos profesionales capacitados, que se encuentran disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Esta línea proporciona evaluaciones de atención de salud en tiempo real para ayudar a los afiliados a determinar el nivel de atención que necesitan en ese momento. Los médicos clínicos ofrecen consultas personales, respuestas a preguntas sobre salud y apoyo para el control de síntomas, que ayudan a los afiliados a tomar decisiones fundamentadas y adecuadas sobre su atención y tratamiento. Los afiliados pueden comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras llamando al número de teléfono de Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net, que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado. Puede comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	<p>1-800-893-5597. La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



D. Línea de Crisis de Salud Conductual

Managed Health Network (MHN) ofrece una línea para casos de crisis de salud del comportamiento las 24 horas, los 7 días de la semana, para afiliados que necesitan este tipo de asistencia. En cualquier momento durante la llamada, los afiliados pueden solicitar hablar con un médico clínico con licencia para obtener asistencia en cuanto a los servicios que pueden necesitar. Los afiliados pueden acceder a esta Línea para Casos de Crisis llamando al número que se indica debajo.

<p>LLAME AL</p>	<p>1-855-464-3571. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los profesionales clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Los profesionales clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

Comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Conductual para obtener ayuda con lo siguiente:

- Si tiene preguntas sobre servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias.
- Wellcare by Health Net le brinda acceso a información y asesoramiento médicos las 24 horas. Cuando nos llame, los especialistas en salud del comportamiento responderán las preguntas relacionadas con su bienestar. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero que no es una emergencia, como preguntas clínicas sobre salud del comportamiento, puede comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios de salud mental especializados en su condado, consulte la **Sección K**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



E. Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP)

El Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a quienes tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
POR CORREO	HICAP Visite https://cahealthadvocates.org/hicap/ para conocer las ubicaciones de las oficinas del condado
SITIO WEB	https://cahealthadvocates.org/hicap/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre nuestro plan o Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo con lo siguiente:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones de planes;
 - presentar quejas sobre su atención de salud o tratamiento;
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123.
TTY	1-855-887-6668 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Puede presentar una queja sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros para enfermos terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud pública que proporciona servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, adultos mayores, personas con discapacidades, tutela temporal, mujeres embarazadas y personas con enfermedades específicas como tuberculosis, cáncer de mama o VIH/SIDA. Medi-Cal es financiado por el gobierno estatal y federal.

LLAME AL	1-844-580-7272 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



I. Oficina de la Defensoría

La Oficina de la Defensoría actúa como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender lo que debe hacer. La Oficina de la Defensoría también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. La Oficina de la Defensoría no tomará partido automáticamente ante una queja. Consideran todas las partes de manera imparcial y objetiva. Es su trabajo ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 La llamada es gratuita.
POR CORREO	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
POR CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita asistencia con los servicios que reciben la ayuda de los Servicios Sociales del Condado, como beneficios aplicables, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del Condado de su área. Consulte a continuación la información específica de su condado.

Condado de Los Angeles	
LLAME AL	1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. Excepto los días festivos: De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m. Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m. Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
POR CORREO	Para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana, visite dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html o bien, consulte "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) en las páginas blancas de la guía telefónica.
SITIO WEB	dpss.lacounty.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Condado de Riverside	
LLAME AL	<p>Servicios administrativos: (951) 358-3000</p> <p>Servicios para niños que no son de emergencia: (951) 358-5650</p> <p>Equipo de adopción: (951) 358-3555</p> <p>Servicios de protección para adultos: (800) 491-7123. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Autosuficiencia: (877) 410-8827</p> <p>Servicios de respaldo en el hogar/Autoridad pública: 1-888-960-4477. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p>
POR CORREO	<p>Para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana y los horarios, visite https://rivcodpss.org/office-locations o bien, consulte "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) en las páginas blancas de la guía telefónica</p>
SITIO WEB	<p>https://rivcodpss.org/</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Condado de San Bernardino	
LLAME AL	1-909-891-3900. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
POR CORREO	Para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana, visite http://hss.sbcounty.gov/daas/Contact_Us.aspx o bien, consulte "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) en las páginas blancas de la guía telefónica
SITIO WEB	http://hss.sbcounty.gov/daas/

Condado de San Diego	
LLAME AL	1-800-339-4661. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
POR CORREO	Para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana, visite https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html o bien, consulte "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) en las páginas blancas de la guía telefónica
SITIO WEB	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado si usted cumple con el requisito de necesidad médica.

LLAME AL

Línea directa del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles (DMH):

Urgente: Línea del Centro de Acceso 1-800-854-7771. La llamada es gratuita.

Rutina: 800-854-7771

Trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): Servicio de línea de ayuda para el abuso de sustancias (SASH, por sus siglas en inglés) 844-804-7500

Departamento de Salud Mental del condado de Riverside

Urgente: Línea CARES 800-499-3008 o (951)-509-2499. Esta llamada es gratuita.

Trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): Línea CARES por el consumo de sustancias 800-499-3008 ext. 6

Departamento de Salud Conductual del condado de San Bernardino

Urgente: Línea de ayuda de Acceso y Remisiones las 24 horas del día, los 7 días de la semana 888-743-1478 o 909-386-8256. La llamada es gratuita.

Trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): Centro de Evaluación y Remisión de Detección (SARC, por sus siglas en inglés)

909-421-4601; SUD: 800-968-2636

Condado de San Diego

Línea del Centro de Acceso, Remisiones 888-724-7240. La llamada es gratuita.

Trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): 888-724-7240

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>
------------	--

Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado para obtener ayuda con lo siguiente:

- Para preguntar sobre los servicios de salud conductual que brinda el condado.
- Para recibir información sobre salud mental, remisiones a proveedores de servicios y asesoramiento en casos de crisis, de manera confidencial y gratuita, cualquier día y a toda hora, comuníquese con la línea directa del Departamento de Salud Mental de Los Angeles.

L. California Department of Managed Health Care

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas en relación con los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	<p>1-888-466-2219.</p> <p>Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.</p>
TDD	<p>1-877-688-9891.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
POR CORREO	<p>Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725</p>
POR FAX	<p>1-916-255-5241.</p>
SITIO WEB	<p>www.dmhc.ca.gov</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



M. Otros recursos

El Programa de Defensoría de Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura médica y resolver problemas con sus planes médicos.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan médico
- El acceso a sus servicios médicos
- Apelaciones por servicios denegados, medicamentos, equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés), servicios de salud mental, etc.
- Facturas médicas
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés)

Health Consumer Alliance brinda asistencia en materia de quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

N. Agencias locales de asuntos sobre la vejez

Su agencia local de asuntos sobre la vejez puede brindarle información y ayuda para coordinar los servicios que están disponibles para adultos mayores.

LLAME AL	1-800-510-2020. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días feriados.
SITIO WEB	https://aging.ca.gov/

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



O. Departamento de Servicios de Atención Médica

Como afiliado a nuestro plan, usted reúne los requisitos para Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés).

LLAME AL	1-888-452-8609. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días feriados.
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/individuals

P. Seguro Social

El Seguro Social es responsable de manejar la inscripción en Medicare y de determinar si se cumple con los requisitos para inscribirse. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones pueden afiliarse a Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción de Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o presentarse en su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si usted recibe una carta del Seguro Social que dice que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca de dicho monto, o si sus ingresos se redujeron debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, puede comunicarse con el Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar el cambio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



LLAME AL	<p>1-800-772-1213. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año.</p>
SITIO WEB	<p>www.ssa.gov</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos en nuestro plan. Aquí también se ofrece información acerca de su coordinador de atención, cómo obtener atención de los diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando los servicios cubiertos por nuestro plan se le facturan directamente a usted y cuáles son las reglas para ser propietario de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	45
B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan	45
C. El coordinador de atención.....	47
C1. Qué es un coordinador de atención	47
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención	47
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención	48
D. Atención de proveedores	48
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	48
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	52
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan	52
D4. Proveedores fuera de la red.....	53
E. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)	54
E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	54
F. Servicios de transporte	58

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



www.wellcare.com/healthnetCA

F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	58
F2. Transporte no médico.....	59
G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre	60
G1. Atención en una emergencia médica.....	60
G2. Atención requerida de urgencia.....	62
G3. Atención en caso de desastre	63
H. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	63
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	64
I. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica.....	64
I1. Definición de estudio de investigación clínica.....	64
I2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	65
I3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	65
J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica	66
J1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud	66
J2. Atención en una institución religiosa no médica de atención médica.....	66
K. Equipo médico duradero (DME)	67
K1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan	67
K2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare	67
K3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan.....	68
K4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare	68

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** se refieren a la prestación de atención médica (como consultas al médico y tratamiento médico), servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), suministros, servicios de salud conductual (incluidos la salud mental y el bienestar), medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica, la atención de salud conductual y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos se enumeran en el **Capítulo 4**, sección F, página 133 de su *Manual del Afiliado*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5**, sección B, página 147 de su *Manual del Afiliado*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Estos incluyen los servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan coordinará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, sección D, página 76 de su *Manual del Afiliado*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por necesidad médica, nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria permite evitar que las personas se enfermen gravemente o sufran una discapacidad y para reducir el dolor grave mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red que haya indicado la atención o que le haya

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



indicado consultar a otro proveedor. Como afiliado al plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores en nuestra red del plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que cubramos los servicios. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer.
- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP (por sus siglas en inglés) lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de varios PCP, especialistas y otros proveedores de atención médica que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan.
- Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o requerida de urgencia, ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener remisión de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la sección D1 en la página 48 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje para nuestro plan médico ni para el grupo médico de su PCP. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o urgentemente necesaria de los proveedores fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección H en la página 63 de este capítulo).
 - Si necesita atención cubierta por el plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Si se le pide que consulte a un proveedor fuera de la red, necesitará autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Una vez aprobada la autorización previa, se notificará esto al proveedor solicitante y al proveedor que lo acepta. En esta situación, cubrimos la atención sin cargo para usted.
 - Cubrimos servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitar seguir acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si comprobamos que tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1**, sección F, página 12 de su *Manual del Afiliado*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante un período máximo de 12 meses. Durante ese período, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si sigue acudiendo a proveedores fuera de la red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP (por sus siglas en inglés).

Nuevos afiliados de Wellcare by Health Net: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare by Health Net a los fines de sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar la correspondiente inscripción en Wellcare by Health Net. Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan médico anterior de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare by Health Net. No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 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.

C. El coordinador de atención.

C1. Qué es un coordinador de atención

El coordinador de atención es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención de salud que necesita. El coordinador de atención lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Trabjará con usted para elaborar su plan de atención. Lo ayudará a decidir quién formará parte de su equipo de atención. El coordinador de atención le brindará la información que necesita para administrar su atención de salud. Esto también lo ayudará a tomar las decisiones correctas. (Para obtener más información sobre esto, consulte las secciones C en la página 10 y G1 en la página 14 del Capítulo 1).

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Se le asignará un coordinador de atención cuando se afilie al plan. Un coordinador de atención se comunicará con usted cuando se inscriba en nuestro plan. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede informarle cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Si necesita ayuda para comunicarse con su coordinador de atención, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Si quiere cambiar de coordinador de atención, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si necesita más ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (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.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y coordine su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

Qué es un PCP y qué hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red Wellcare by Health Net para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Entre ellos se encuentran los médicos que prestan atención médica general o familiar, atención médica interna y los ginecólogos-obstetras (OB/GYN, por sus siglas en inglés) que brindan atención a las mujeres.

Usted recibirá la mayor parte de la atención básica o de rutina de su PCP, quien lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisiones en el hospital; y
- atención de seguimiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



“Coordinar” los servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita cierto tipo de servicios o suministros cubiertos, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (por ejemplo, una remisión para consultar a un especialista). Para ciertos servicios, su PCP necesitará autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP (por sus siglas en inglés) le solicitará autorización a nuestro plan o a su grupo médico. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Como explicamos antes, por lo general, usted consultará primero a su PCP con respecto a la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Cuando su PCP considere que necesita un tratamiento especializado, este hará una remisión (aprobación por adelantado) para que consulte a un especialista del plan u otros proveedores. Como se explica más abajo, hay una limitada cantidad de servicios cubiertos que usted puede recibir sin la aprobación de su PCP.

Todos los afiliados tienen un PCP. El PCP hasta puede ser una clínica. Las mujeres pueden elegir a un obstetra/ginecólogo o a una clínica de planificación familiar como su PCP.

Se puede elegir a un profesional no médico para que sea su PCP. Los profesionales no médicos incluyen enfermeras parteras certificadas, enfermeros especializados con práctica médica y asistentes médicos. Se lo conectará con un PCP supervisor, pero continuará recibiendo los servicios del profesional no médico que eligió. Tiene permitido cambiar el profesional que eligió; para hacerlo, hay que cambiar al PCP supervisor. Su tarjeta de identificación se imprimirá con el nombre del PCP supervisor. Un especialista también puede desempeñarse como su PCP. Los especialistas deben estar capacitados para ofrecerle la atención que necesita y estar dispuestos a hacerlo.

Elección de un centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) o centro rural de salud (RHC, por sus siglas en inglés) como su PCP

Un centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) o un centro rural de salud (RHC, por sus siglas en inglés) es un centro médico y puede ser su PCP. Los FQHC y los RHC son centros de salud que prestan servicios de atención primaria. Comuníquese con Servicios al Afiliado para conocer los nombres y las direcciones de los FQHC y los RHC que trabajan con Wellcare by Health Net o consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Su elección del PCP

Usted deberá elegir un grupo médico contratante de nuestra red cuando se inscriba en nuestro plan. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan. También deberá elegir un PCP de este grupo médico contratante. El consultorio de su PCP debe estar en un lugar al que pueda llegar fácilmente. Puede solicitar un PCP que esté, como máximo, a 10 millas o 30 minutos de donde usted vive o trabaja. Puede

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales afiliados) en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* o en nuestro sitio web en: www.wellcare.com/healthnetCA.

Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007 (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.

Cada grupo médico y los PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Si quiere consultar a un determinado especialista u hospital del plan, averigüe primero para asegurarse de que estos especialistas y hospitales están dentro de la red del grupo médico y del PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de afiliado.

Si no elige un grupo médico o un PCP, o si elige uno que no está disponible en este plan, se le asignará automáticamente un grupo médico y PCP cerca de su hogar.

Para obtener más información sobre cómo cambiar de PCP, vea la sección “Cómo cambiar de PCP”, a continuación.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo en nuestra red.

Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que nuestro plan la recibió. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA para hacer su solicitud.

Cuando se comunice con nosotros, asegúrese de informarnos si está consultando a especialistas o está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). El Departamento de Servicios al Afiliado le informará cómo hacer para continuar recibiendo los servicios de especialidad y demás servicios que haya estado recibiendo cuando cambie de PCP. Además, se asegurará de que el PCP al que usted quiere cambiarse acepte nuevos pacientes. El Departamento de Servicios al Afiliado modificará su registro de afiliado para que refleje el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigor el cambio.

Además, le enviarán una tarjeta de afiliado nueva con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informarle Servicios al Afiliado si está acudiendo a un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de un PCP. Servicios al Afiliado lo ayuda a continuar recibiendo su atención de especialidad y otros servicios cuando cambie su PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores dentro de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).

Nota: La atención urgentemente necesaria debe ser necesaria de inmediato y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. Llame a Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio. Podemos ayudarlo con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área.
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esta atención incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión.
- Servicios de planificación familiar de proveedores dentro y fuera de la red.
- Atención prenatal básica, servicios por enfermedades de transmisión sexual y pruebas de VIH.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Consulte el Capítulo 4, sección D, página 76 para conocer los detalles sobre los servicios cubiertos que pueden requerir una aprobación previa, como una remisión o una autorización previa de su PCP.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Para poder consultar a un especialista, por lo general, primero tiene que obtener la aprobación de su PCP (a esto se lo denomina recibir una “remisión” a un especialista). Es muy importante recibir una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, incluida la atención de salud de rutina para mujeres). Si no obtuvo una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir estos servicios de su especialista, es posible que usted tenga que pagar estos servicios.

Si el especialista quiere verlo de nuevo, consulte primero para asegurarse de que la remisión que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista.

Cada grupo médico y los PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales a los que podrá ir. Si quiere ir a especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico o PCP trabaja con ellos. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere ver a un especialista del plan o ir a un hospital, a los que su PCP actual no puede remitirlo. En este capítulo, en la sección “Cómo cambiar de PCP”, le brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan o de su grupo médico (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de recibir determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red la solicitarán a nuestro plan o a su grupo médico. La solicitud se revisará y se les enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección D, página 76 del Capítulo 4 de este folleto para ver los servicios específicos que requieren autorización previa.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted consulta puede abandonar el plan. Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento médicamente necesario.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red a su alcance, debemos garantizar un especialista fuera de la red para brindarle atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007 (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.

D4. Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con nuestro plan. Excepto para la atención de emergencia, si necesita cierto tipo de servicio y ese servicio no está disponible en la red de nuestro plan, primero tendrá que obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Su PCP le solicitará una autorización previa a nuestro plan o a su grupo médico.

Es muy importante que reciba la aprobación por adelantado antes de consultar a un proveedor o recibir servicios fuera de la red (con la excepción de la atención de emergencia o requerida de urgencia, los servicios de planificación familiar y los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan). Si no obtuvo una aprobación por adelantado, es posible que usted tenga que pagar estos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura de la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia fuera de la red, consulte la Sección H en la página 63 de este capítulo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



E. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)

Usted tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a todos los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Nuestro plan no proporciona servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual local de su condado.

E1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (MHP, por sus siglas en inglés) si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) de su condado incluyen:

- Servicios de salud mental.
- Servicios de apoyo con medicamentos.
- Tratamiento intensivo de día.
- Rehabilitación diurna.
- Intervención en casos de crisis.
- Estabilización en casos de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis.
- Servicios de centros de salud psiquiátrica.
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados.
- Administración de casos de riesgo.

Los servicios de Medi-Cal o del sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de los proveedores del pago por servicios de Medi-Cal (FFS, por sus siglas en inglés) si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal son proporcionados por:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Condado	Agencia
Los Angeles	Control y prevención del abuso de sustancias (SAPC, por sus siglas en inglés) Agencia de salud del condado de Los Angeles
Riverside	Sistema de Salud de la Universidad de Riverside: salud conductual
San Bernardino	Departamento de Salud Conductual del condado de San Bernardino
San Diego	Servicios humanos y de salud del condado de San Diego Servicios de salud conductual

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- Servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios ambulatorios de estabilización y rehabilitación por abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento con narcóticos.
- Servicios con naltrexona por la dependencia de opioides.

Los servicios del sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen lo siguiente:

- Servicios ambulatorios e intensivos para pacientes ambulatorios
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Residencial/para pacientes internados
- Manejo de la abstinencia
- Servicios de tratamiento con narcóticos.
- Servicios de recuperación
- Coordinación de atención

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede acceder a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados si cumple con los criterios.

Usted también tendrá acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y son administrados a través de la red de salud mental de Wellcare by Health Net. Los servicios de salud del comportamiento incluyen, entre otros, los siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Servicios para pacientes ambulatorios: intervención en casos de crisis, evaluación y terapia a corto plazo, terapia especializada a largo plazo y cualquier otra atención de rehabilitación para pacientes ambulatorios que esté relacionada con el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios y suministros para pacientes internados: adaptaciones en una habitación con dos camas o más, incluidos las unidades de tratamiento especial, los suministros y los servicios auxiliares que el centro brinda normalmente.
- Atención para pacientes internados y niveles alternativos de atención: internación parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios en un centro certificado por Medicare.
- Desintoxicación: servicios para la desintoxicación aguda y el tratamiento de afecciones médicas graves relacionadas con el trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados.
- Servicios de emergencia: detecciones, exámenes y evaluaciones para determinar si hay una afección médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha afección.

Para obtener información sobre proveedores, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

Exclusiones y limitaciones de los servicios de salud del comportamiento

Para obtener una lista de las exclusiones y las limitaciones de los servicios de salud del comportamiento, consulte el Capítulo 4, Sección F, página 133: Beneficios que *no* están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal.

Procesos que se utilizan para determinar la necesidad médica de los servicios de salud del comportamiento

Debe haber una autorización de parte del plan para que se cubran determinados suministros y servicios de salud del comportamiento. Para obtener más información acerca de los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección D en la página 76. Para obtener autorización previa para estos servicios, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El plan lo remitirá a un profesional de la salud mental contratado cercano que lo evaluará para determinar si se necesita más tratamiento. Si necesita tratamiento, el profesional de salud mental contratado diseñará un plan de

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



tratamiento y lo enviará a Wellcare by Health Net para que se revise. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos si reciben la autorización del plan. Si no hay una autorización de parte del plan, no habrá más servicios ni suministros cubiertos para esa afección. Sin embargo, de parte del plan se lo podrá remitir al Departamento de Salud Mental del condado para que lo ayuden a recibir la atención que necesita.

Procedimientos de remisión entre Wellcare by Health Net y el Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) del condado de Los Angeles y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Angeles (Prevención y Control de trastornos por consumo de sustancias) (DPH/SAPC, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside, Departamento de Salud Conductual de San Bernadino y Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego:

Las remisiones a los servicios de Salud Conductual de Wellcare by Health Net pueden provenir de muchas fuentes: de los proveedores de salud conductual del condado, de los administradores de casos del condado, de los PCP, de los afiliados y de sus familias. Estas fuentes de remisión pueden comunicarse con Wellcare by Health Net al número que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado. Wellcare by Health Net confirmará que cumple con los requisitos y autorizará los servicios, si corresponde.

Wellcare by Health Net trabajará con el condado para brindar las remisiones y la coordinación de atención apropiadas para usted.

Usted podrá remitirse directamente a los servicios de salud mental especializados o a los servicios por el abuso de alcohol y de drogas ofrecidos por el condado.

Los servicios de coordinación de la atención incluyen la coordinación de los servicios entre PCP, proveedores de salud del comportamiento del condado, administradores de casos del condado y usted y su familia o cuidador, según corresponda.

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja acerca de un servicio de salud del comportamiento

Los servicios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que tienen otros beneficios. Consulte el Capítulo 9, sección K, página 239, para obtener información sobre la presentación de quejas.

Continuidad de la atención para afiliados que actualmente reciben servicios de salud del comportamiento

Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, puede solicitar seguir consultando a su proveedor. Estamos obligados a aprobar esta solicitud si puede demostrar que había una relación existente con su proveedor durante los 12 meses anteriores a la inscripción. Si se aprueba su solicitud, puede seguir consultando a su proveedor actual hasta 12 meses más. Después de los primeros 12 meses, puede que su atención ya no esté cubierta si continúa consultando al proveedor fuera de la red. Si necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



al 1-800-431-9007 (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.

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Usted tiene derecho a un transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, un autobús o un taxi para sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no sea de emergencia para servicios cubiertos como citas médicas, dentales, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP u otro proveedor y solicitarlo. Su PCP u otro proveedor decidirán el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, lo recetarán completando un formulario y enviándolo a Wellcare by Health Net para su aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP u otro proveedor reevaluará su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para su nueva aprobación cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Wellcare by Health Net permite el modo de transporte cubierto con el costo más bajo y el transporte médico sin carácter de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte para su cita. Por ejemplo, si usted puede ser transportado física o médicamente por una camioneta para silla de ruedas, Wellcare by Health Net no pagará por una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica hace imposible cualquier tipo de transporte terrestre.

El transporte médico que no sea de emergencia debe utilizarse en los siguientes casos:

- Usted lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización escrita de su PCP u otro proveedor porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que le haya indicado su médico para **citas de rutina** no urgentes, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711) con al menos 72 horas de anticipación (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga su tarjeta de identificación de afiliado lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Límites de transporte médico

Wellcare by Health Net cubre el transporte médico de menor costo que satisface sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde hay una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, Wellcare by Health Net lo ayudará a programar su transporte. En el Capítulo 4, Sección D en la página 76 de este manual encontrará una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de Wellcare by Health a menos que esté previamente autorizado.

F2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen el viaje hacia y desde sus citas con respecto a los servicios autorizados por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- Viaja hacia y desde una cita para hacer uso de un servicio autorizado por su proveedor o
- Retira medicamentos recetados y suministros médicos.

Wellcare by Health Net le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública/privada de llegar a su cita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. Wellcare by Health Net utiliza Access2Care para organizar los servicios de transporte cubiertos por Medicare y ModivCare para organizar los servicios de transporte cubiertos por Medi-Cal. Cubrimos el tipo de transporte no médico con el costo más bajo que satisfaga sus necesidades.

A veces, puede recibir un reembolso por los viajes en un vehículo privado que organice. Wellcare by Health Net debe aprobar esto **antes** de que usted reciba el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener un transporte de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos por teléfono, correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo.**

El reembolso de millas requiere lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor
- Registro del vehículo del conductor
- Constancia de seguro de automóvil para el conductor

Para solicitar un traslado en relación con los servicios autorizados, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711) con al menos 72 horas de anticipación (de lunes a viernes) antes de su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga su tarjeta de identificación de afiliado lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su clínica de salud indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

Wellcare by Health Net proporciona el transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde hay una cita disponible. **No puedes conducir ni recibir reembolsos directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica en los siguientes casos:

- Se necesita una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o mental.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede moverse dentro ni fuera del vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare ni Medi-Cal.

G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre

G1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

- Un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer; **o**
- Un daño grave a las funciones del cuerpo; **o**
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
- El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita aprobación ni la remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Realizaremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (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.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, Sección D en la página 76 de su *Manual del afiliado*.

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio tiene un límite de \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D en la página 76 de este manual, o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (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.

Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo finaliza la emergencia médica. Ellos seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Si obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, luego de que el médico indique que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solo en estas situaciones:

- Es atendido por un proveedor de la red o
- La atención adicional que recibe se considera “atención requerida de urgencia” y usted sigue las reglas (consulte la Sección H2) para obtener esta atención.

G2. Atención requerida de urgencia

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta agudo que se produce durante el fin de semana y que necesite tratamiento.

Atención urgentemente necesaria en el área de servicios de nuestro plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención requerida de urgencia solo si cumple estas dos condiciones:

- Obtiene esta atención de un proveedor de la red y
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no puede obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención requerida de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

En situaciones de emergencia graves, llame al “911” o vaya al hospital más cercano.

Si su situación no es grave, llame a su PCP o grupo médico o, si no puede comunicarse con ellos o necesita atención médica de inmediato, diríjase al centro médico, centro de atención de urgencia u hospital más cercano.

Si no está seguro de si tiene una afección médica de emergencia, puede llamar a su grupo médico o PCP para que lo ayuden.

Su grupo médico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para responder a sus llamadas telefónicas en relación con la atención médica que considere necesaria de inmediato. Ellos evaluarán su situación y le darán instrucciones acerca de dónde debe ir para recibir la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Si no está seguro de si tiene una emergencia o si necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de Consultas con Enfermeras en cualquier momento, de día o de noche. Puede comunicarse con nuestra Línea de Consultas con Enfermeras al 1-800-893-5597 (TTY: 711) que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Como afiliado de Wellcare by Health Net, tiene acceso a los servicios de selección o evaluación, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711) entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. si necesita ayuda para encontrar un proveedor. Servicios al Afiliado también puede transferirlo a la Línea de Consultas con Enfermeras.

Atención urgentemente necesaria fuera del área de servicios de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención requerida de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos.

Los servicios requeridos de urgencia que se reciben fuera de los Estados Unidos podrían ser considerados una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D en la página 76 de este manual.

G3. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: www.wellcare.com/healthnetCA.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, podrá obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección A8 en la página 146 de su *Manual del afiliado*.

H. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla a nuestro plan, debería solicitarnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos hacerle un reembolso.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A en la página 169 de su *Manual del afiliado* para saber qué hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios **y**
- que se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el **Capítulo 4**, Sección D en la página 76 de su *Manual del afiliado*) **y**
- que se obtienen al seguir las reglas del plan.

Si obtiene servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

En el **Capítulo 9**, Sección E, página 198 de su *Manual del afiliado* se explica qué debe hacer si quiere que cubramos un servicio o un artículo médico. También se explica cómo presentar una apelación de nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al Afiliado para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

I. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue ofreciéndole cobertura por los servicios y la atención no relacionados con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores.

Lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben comunicarse con Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un estudio clínico.

12. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted tendrá que pagar todos los costos de su participación en el estudio.

13. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica

J1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención médica. Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de salud no médicos).

J2. Atención en una institución religiosa no médica de atención médica

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que usted se opone a recibir tratamiento médico que sea no exceptuado.

- Un tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención que es **voluntaria y no exigida** por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención que **no es voluntaria y se exige** conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su internación **no** será cubierta.

La cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados es ilimitada, siempre y cuando cumpla con los requisitos mencionados anteriormente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



K. Equipo médico duradero (DME)

K1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye determinados artículos medicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre serán de su propiedad.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como afiliado de nuestro plan, puede adquirir la propiedad del DME, siempre y cuando sea médicamente necesario y deba utilizar el artículo a largo plazo. Además, su PCP, su grupo médico o Wellcare by Health Net deben autorizar, organizar y coordinar la entrega del artículo. Llame a Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711) para conocer los requisitos de alquiler o propiedad del equipo médico duradero, así como la documentación que debe presentar. 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.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame a Servicios al Afiliado para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Si adquiere la propiedad de un artículo de DME mientras está afiliado a nuestro plan, y el artículo necesita mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturar el costo de la reparación.

K2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare

Si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo después de cambiar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Sus pagos efectuados mientras haya estado en nuestro plan **no** se consideran parte de estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Original Medicare **antes** de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regresa a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. No se hacen excepciones a este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



K3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan

Si usted califica para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- el alquiler del equipo de oxígeno;
- el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

Deberá devolverle el equipo de oxígeno a su dueño cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

K4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Equipo de oxígeno y suministros hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo de un proveedor durante 36 meses.
- El proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo se informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y todas las restricciones o los límites a esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Nuevos afiliados de Wellcare by Health Net: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare by Health Net a los fines de sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de solicitar la correspondiente inscripción en Wellcare by Health Net. Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan médico anterior de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare by Health Net. No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. 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.

Índice

A. Los servicios cubiertos	70
A1. Durante emergencias de salud pública	70
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios	70
C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	71
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	76
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	135
E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT, por sus siglas en inglés).....	135
E2. Programa Dental de Medi-Cal	136
E3. Cuidado de enfermos terminales.....	136
F. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal	137

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Los servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**, sección A, página 142. En este capítulo, también se explican los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3**, sección B, página 45 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame su coordinador de atención o a Servicios al Afiliado a 1-800-431-9007 (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.

A1. Durante emergencias de salud pública

Wellcare by Health Net seguirá todas y cada una de las directrices estatales o federales relacionadas con una emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros afiliados. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una PHE en www.wellcare.com/healthnetCA o comuníquese con Servicios al Afiliado. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007 (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.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación. No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los siguientes requisitos.

- Debemos brindar sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal según las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y de abuso de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Por médicamente necesarios se entienden los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante o aliviar un dolor intenso.
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, **no** pagamos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el **Capítulo 3**, sección D, página 48 de su *Manual del Afiliado* hay más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. En el **Capítulo 3**, sección D, página 48 de su *Manual del Afiliado* hay más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que **no** necesita obtenerla.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Consulte el **Capítulo 3**, sección D, página 48 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Marcamos en cursiva los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan autorización previa.
- Si usted está dentro del período de 6 meses considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage adecuados. Sin embargo, durante este período, nuestro plan Medicare Advantage también es responsable de continuar con la cobertura de los beneficios de Medi-Cal que se incluyen específicamente en el acuerdo de nuestro plan con su Agencia Estatal de Medicaid. Los montos de distribución de costos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. La cantidad que usted paga depende del nivel de beneficios de Medicaid que usted tenga.

Información importante sobre beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de Planificación de atención médica y bienestar (WHP, por sus siglas en inglés)

- Debido a que nuestro plan participa en el Programa de diseño de seguros basado en el valor, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP, por sus siglas en inglés):
 - Si no puede tomar decisiones por sí mismo en el futuro sobre su atención médica, los profesionales médicos pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos. La planificación anticipada de la atención significa tener conversaciones y tomar decisiones sobre la atención que le gustaría en el futuro.
 - Lo ayudaremos con los formularios necesarios para otorgarle a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted, si es que alguna vez es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- Puede obtener asistencia para la planificación anticipada de la atención en cualquier momento comunicándose con nuestro plan.
- WHP y ACP son voluntarios y usted es libre de rechazar estos servicios

Información importante sobre beneficios para afiliados que califican para "Ayuda Adicional":

- Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos y para una distribución de costos reducida dirigida.
- Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, sección D, página 76.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Los afiliados califican para la eliminación de su distribución de costos para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Medicare aprobó Wellcare by Health Net para proporcionar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe nuevas formas de mejorar los Planes de Medicare Advantage.

- **Información Importante de Beneficios para Afiliados con Ciertas Afecciones Crónicas.**

Si tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:

- **Trastornos autoinmunitarios limitados a:**
 - Poliarteritis nodosa (también conocida como PAN, inflamación y debilitamiento de las arterias)
 - Polimialgia reumática (también conocida como PMR, inflamación/dolor/rigidez en hombros y caderas)
 - Polimiositis (también conocida como miopatía inflamatoria, debilidad muscular)
 - Artritis reumatoide (también conocida como AR, dolor/rigidez en las articulaciones)
 - Lupus eritematoso sistémico (también conocido como lupus)
- **Cáncer** (sin incluir las condiciones precancerosas o el estado in-situ Etapa 0)
- **Trastornos cardiovasculares limitados a:**
 - Arritmias cardíacas (también conocidas como ritmo cardíaco anormal)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico (también conocido como coágulos sanguíneos en las piernas)
 - Arteriopatía coronaria (también conocida como antecedentes de dolor torácico, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón)
 - Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas)
- **Trastorno crónico por consumo de alcohol u otras sustancias**
- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Trastornos pulmonares crónicos limitados a:**
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar (también conocida como cicatrización del tejido pulmonar)
 - Hipertensión pulmonar (también conocida como presión arterial alta en los pulmones)
- **Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes limitadas a:**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos mayores
 - Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
 - **Demencia**
 - **Diabetes mellitus (también conocida como diabetes Tipo I o Tipo II)**
 - **VIH/SIDA**
 - **Enfermedad renal en etapa terminal**
 - **Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis**
 - **Trastornos neurológicos limitados a:**
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés)
 - Epilepsia
 - Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple (MS, por sus siglas en inglés)
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
 - **Trastornos hematológicos graves limitados a:**
 - Anemia aplásica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
 - Síndrome mielodisplásico
 - Anemia drepanocítica (a excepción del rasgo drepanocítico)
 - **Accidente cerebrovascular**
- Su plan incluye beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos III (SSBCI, por sus siglas en inglés). Estos beneficios complementarios solo se ofrecen a los afiliados con enfermedades crónicas de alto riesgo que también cumplen con criterios adicionales de elegibilidad.
 - **Los afiliados deben cumplir y mantener los tres criterios de elegibilidad que se detallan a continuación para calificar:**
 1. El afiliado debe requerir administración de cuidados **intensivos**.
 - Según la evaluación del médico del paciente que tuvo 2 o más admisiones de pacientes hospitalizados en los últimos 60 días **O** que tuvo 3 o más consultas a la sala de emergencias en los últimos 60 días.
 2. El afiliados debe estar en alto riesgo de hospitalización.
 - Basado en la evaluación del médico del paciente con alto riesgo de hospitalización no planificada en los siguientes 60 días.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



3. El afiliado debe tener un diagnóstico documentado y activo para una o más de las afecciones comórbidas y médicamente complejas que califiquen. La afección debe ser potencialmente mortal o limitar significativamente la salud o función general del afiliado.
 - Después de la visita al consultorio requerida, el médico debe presentar una reclamación que muestre los códigos de diagnóstico para las afecciones elegibles que califiquen.
 - La elegibilidad se determina a discreción de su plan a través de procesos que revisan el historial de reclamaciones, la clasificación de riesgos y otra información. Los afiliados que no puedan ser automáticamente calificados deberán programar una visita con su médico para garantizar que haya suficiente documentación (por ejemplo, reclamaciones, evaluación que califique) disponible para validar la elegibilidad.
 1. Se requiere la confirmación de que se cumplieron todos los criterios antes de recibir acceso a estos beneficios.
 2. Todos los beneficios finalizarán el 12/31/2023 y los miembros deberán volver a calificar cada año del plan.
 - Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.
 - Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” de la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más detalles.
- 
- **Apoyos comunitarios:** *Los apoyos comunitarios podrían estar disponibles en su plan de atención personalizado.* Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y asequibles. Estos servicios son opcionales para los afiliados. Si califica, estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe de Medi-Cal. Algunos ejemplos de apoyo comunitario que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas adaptadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador o barras de sujeción y rampas para la ducha. Si necesita ayuda o si le gustaría saber qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles, comuníquese Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711), su coordinador de atención o llame a su proveedor de atención médica. El horario de Servicios al Afiliado es: 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura</p> <p>Se cubrirán hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura durante 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico si usted demuestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura suplementarios (no cubiertos por Medicare) hasta un total 24 consultas por año.</p> <p>En la mayoría de los casos, debe usar un proveedor contratado para recibir los servicios cubiertos. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar este beneficio de nuestro plan.</p> <p>Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de paciente nuevo o de paciente establecido para la primera evaluación de un paciente con un problema de salud o brote nuevo • Exámenes de pacientes establecidos (en un plazo de 3 años desde la realización de un examen nuevo) • Consultas de seguimiento en el consultorio: pueden incluir servicios de acupuntura o un reexamen • Una segunda opinión de un proveedor diferente de la red • Servicios urgentes y emergentes. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Pagaremos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT, por sus siglas en inglés) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en el ámbito de la atención primaria.</p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por tierra, en avión y de ala giratoria (helicóptero). La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. Para otros casos, debemos aprobar los servicios de ambulancia.</p> <p>En casos que no son emergencias, podríamos cubrir una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>Examen físico anual incluye examen del corazón, los pulmones, sistemas abdominal y neurológico, así como un examen físico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y antecedentes familiares/médicos detallados, además de los servicios incluidos en la consulta de bienestar anual.</p>	\$0
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Debería recibir un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p>	\$0
<p>Servicios Preventivos para el Asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar factores desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.</p>	\$0
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con algunas condiciones, con la remisión de un médico.</p> <p>También se cubren programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0
 <p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubrirá una visita por año a su proveedor de atención primaria, o más si es médicamente necesario, para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el uso de la aspirina, • Controlarle la presión arterial, y/o • Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0
 <p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que tienen entre 30 y 65 años: una prueba del virus del papiloma humano (HPV) o un examen de Papanicolaou más una prueba del HPV una vez cada 5 años. 	\$0
<p>Servicios quiroprácticos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. <p>Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos suplementarios (no cubiertos por Medicare) hasta 24 consultas por año.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses; • detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años. • colonoscopia cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección); • colonoscopia (o enema de bario de detección) para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cada 24 meses. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés)</p> <p>“Servicios comunitarios para adultos” (CBAS, por sus siglas en inglés) es un programa de servicios para pacientes ambulatorios brindado en un centro donde las personas asisten de acuerdo con un cronograma. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluida la terapia ocupacional, física y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias o los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Se cubrirán los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si no hay un centro de servicios comunitarios para adultos disponible, podemos brindar estos servicios por separado.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas de orientación en persona. <p>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Las mujeres embarazadas podrán recibir orientación ilimitada para dejar de fumar con autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Algunos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal o FFS Medi-Cal.</p> <p>Servicios adicionales:</p> <p>Además de sus beneficios dentales cubiertos por Medi-Cal, nuestro plan de Medicare cubre servicios y procedimientos dentales adicionales. Los servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, los siguientes:</p> <p>Coronas: metales nobles, una vez por diente, cada 5 años calendario</p> <p>Prostodoncias (dentaduras postizas): cada 2 años calendario por arco</p> <p>Puentes: cada 5 años calendario por diente</p> <p>Se aplican exclusiones y limitaciones.</p> <p>Puede encontrar más información sobre sus beneficios dentales de Medi-Cal en https://smilecalifornia.org</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. Los exámenes deben realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de diabetes</p> <p>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucemia). <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor del nivel de glucosa en sangre; ○ tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre; ○ dispositivos tipo lancetas y lancetas; ○ soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: <p style="margin-left: 40px;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p> 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). <ul style="list-style-type: none"> ● En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. ● Se cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. <p>El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a OneTouch cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Servicios de doula</p> <p>Para las personas embarazadas, pagamos nueve consultas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el último capítulo de su <i>Manual del afiliado</i> para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas • Muletas • Colchones de sistema eléctrico • Almohadillas de presión en seco para colchones • Suministros para diabéticos • Camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar • Bombas y poste de infusión intravenosa • Bomba y suministros de nutrición enteral • Dispositivos generadores del habla • Suministros y equipo de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Bastones estándar de agarradera curva o de cuatro patas y los suministros de reemplazo • Equipo de tracción cervical (de puerta) • Estimulador óseo • Equipo para el cuidado del sistema de diálisis <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíe el producto.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Afiliado para que lo ayuden a encontrar otro proveedor que pueda abastecerlo con el producto específico.</p> <p>También se cubre el equipo médico duradero para su uso fuera del hogar, que no está cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer, o • Un daño grave a las funciones del cuerpo, o • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. <p>“Cobertura internacional de emergencia/urgencia” se define como atención de urgencia o de emergencia y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos¹.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se limita a servicios que serían clasificados como de emergencia, requeridos de urgencia o posteriores a la estabilización si hubieran sido brindados en los Estados Unidos¹. • Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de otro modo podría poner en peligro su salud. • Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de divisas o de transacción) no están cubiertos. <p>Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.</p>	<p>\$95</p> <p>No se renuncia la distribución de costos por visita de servicios urgentemente necesarios/sala de emergencia a nivel mundial si lo admiten para recibir atención en el hospital para pacientes internados.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor para algunos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros para planificación familiar con receta médica (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoramiento y pruebas para detectar VIH y sida, y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Métodos anticonceptivos permanentes (debe tener más de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización, dentro de los 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento sobre genética. <p>También se cubrirán otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento contra enfermedades relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Estudios genéticos. 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Ofrecemos varios programas que se centran en ciertas enfermedades. Estos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clases de educación para la salud; • clases de educación sobre nutrición; • dejar de fumar y de consumir tabaco • línea directa con enfermeras; • beneficio de acondicionamiento físico. <p>El plan ofrece una afiliación para un programa de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales que se pueden usar en una variedad de gimnasios o centros de acondicionamiento físico locales.</p> <p>Tendrá 32 créditos para usar cada mes. Los créditos se pueden usar para cubrir la afiliación mensual en un gimnasio con visitas ilimitadas o clases en un centro de acondicionamiento físico, cajas de materiales para hacer ejercicios en el hogar y videos de acondicionamiento físico. Los créditos no utilizados de la asignación mensual no se transfieren al mes siguiente.</p> <p>Para obtener más información acerca de la afiliación de aptitud física, llame a Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés): <p>Cobertura de un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y la cuota mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias brinda tranquilidad y genera una respuesta a sus necesidades emergentes y no emergentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar (continuación)</p> <p>Los afiliados pueden elegir un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) “cableado” tradicional que se conecte a través de una línea fija o seleccionar un sistema inalámbrico. Para sistemas cableados, se necesita un teléfono fijo existente.</p> <p>Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado.</p>	
<p>Tarjeta de alimentos saludables</p> <p>Debido a que nuestro plan participa en el Programa de diseño de seguros basado en el valor, los afiliados que califican recibirán el beneficio de la tarjeta de comestibles para ayudar a mantener una dieta saludable. El beneficio de la tarjeta de comestibles es una asignación de \$50.00 por mes para gastar en alimentos saludables y nutritivos y productos agrícolas en minoristas participantes. Recibirá una tarjeta de débito precargada y la asignación mensual estará disponible al comienzo de cada mes. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes.</p> <p>Para obtener más información sobre los comestibles que están cubiertos y los minoristas participantes y para saber si califica, llame a Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También pagaremos audífonos para las embarazadas o las personas que viven en un centro de enfermería, incluido lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moldes, suministros y colocaciones; • reparaciones que cuesten más de \$25 cada una; • un juego inicial de baterías; • seis visitas para capacitación y ajustes con el mismo proveedor después de recibir el audífono; • un período de alquiler de prueba de los audífonos. <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de audición de rutina cada año. • 1 evaluación y adaptación de audífonos cada año. • 1 audífono no implantable hasta \$1000 por oído cada año. Limitado a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Beneficios adicionales especiales para las personas con enfermedades crónicas</p> <p>Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para determinados afiliados sin costo alguno para usted. Para calificar para estos beneficios, debe cumplir con criterios específicos, incluido tener un diagnóstico activo para una o más afecciones comórbidas y médicamente complejas que califiquen. La afección debe ser potencialmente mortal o limitar significativamente la salud o función general del afiliado. Además, el afiliado debe requerir una administración de cuidados intensivos y estar en alto riesgo de hospitalización. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte el Capítulo 4, sección C, página 69.</p> <p>Si cree que cumple con los requisitos y desea más información acerca de los siguientes beneficios y de cómo obtenerlos, llame a Servicios al Afiliado.</p> <p>Si cumple los requisitos, puede recibir los siguientes beneficios:</p> <p>Tarjeta Utility Flex</p> <p>Si cumple los requisitos, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepaga con un límite de \$75 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos de su hogar. Este beneficio es para su uso exclusivo, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. Los dólares de beneficios de la Tarjeta Utility Flex para Servicios Públicos que no se utilicen caducarán al final de cada mes. Los servicios públicos aprobados para este beneficio incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios, de electricidad, gas y agua • Servicio de telefonía fija y móvil • Servicio de TV por cable • Ciertos gastos de petróleo, como el aceite de calefacción para el hogar <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta Visa Flex prepagada, llame a Servicios al Afiliado.</p> <p>Un reembolso está disponible en caso de falla de la tarjeta, o para usar con proveedores de servicios públicos elegibles que no aceptan Visa. Debe presentar un formulario de reclamación para el reembolso, junto con el recibo detallado original impreso de la ubicación del proveedor. Las reclamaciones se deben presentar dentro de 90 días de la fecha de compra en su recibo.</p>	
<p> Detección del VIH</p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las embarazadas, se cubren hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos otras pruebas de detección del VIH cuando lo recomiende su proveedor.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica (como un antiviral o inmunoglobulina); • El equipo, como una bomba; y • Los suministros (como tubos o catéteres). <p>Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se prestan conforme a su plan de atención; • Capacitación y educación del paciente que no esté incluida en el beneficio de DME; • Control a distancia; y • Servicios de control para la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros para enfermos terminales certificados por Medicare. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan pagará lo siguiente mientras obtiene los servicios de cuidado de enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención en el hogar. <p>Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F, página 133, de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección F3, página 157 de su <i>Manual del Afiliado</i>. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de enfermos terminales (continuación)</p> <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal.</p> <p>Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, sección D, página 160 de su <i>Manual del Afiliado</i> para obtener más información.</p> <p>También se cubrirán todas las vacunas para adultos recomendadas por las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).</p> <p><i>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para ser cubiertos.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de apoyo en el hogar</p> <p>Si cumple con ciertos criterios clínicos, ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar, incluidas limpieza, tareas del hogar y preparación de comidas, además de proporcionar asistencia para actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>Los servicios deben estar recomendados o solicitados por un clínico licenciado del plan o un proveedor licenciado del plan. Puede participar en la administración de la atención o puede estar evaluado por un administrador de la atención.</p> <p>Se requiere documentación de uno de los siguientes para los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Alzheimer u otro tipo de demencia • Cirugía de reemplazo de articulaciones • Recuperación tras una caída • Amputación de una extremidad • Cirugía de cataratas/retina/otro tipo de cirugía ocular • Enfermedad cardiopulmonar en etapa avanzada • Accidente cerebrovascular • Ambulación con dispositivo de asistencia • Discapacidad en la visión • Hospitalizaciones frecuentes • Visitas frecuentes a la sala de emergencias • Después de la cirugía con enfermedades crónicas, incluyendo una de las siguientes: diabetes, COPD, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), infección del tracto urinario (UTI), enfermedad renal, cáncer o diagnóstico de salud del comportamiento. <p>Los servicios se proporcionarán en incrementos de 4 horas con un máximo de 12 consultas por año. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapias ocupacional y del habla. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados. • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y trasplante intestinal y multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Servicios de médicos. <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, se cubrirán los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos para pacientes internados médicamente necesarios. La autorización para la atención después de los 190 días se coordinará con la agencia de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si usted tiene 65 años o más, se cubrirán los servicios que recibe en un instituto para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés). <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación sin cobertura</p> <p>No pagamos su internación si no es razonable y médicamente necesario.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos en los que no se cubre la atención para pacientes internados, puede que se cubran los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) ○ ○ La función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, sección D4, página 53 de su <i>Manual del Afiliado</i> o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para controlar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años. • Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer examen de detección, nuestro plan cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p>Beneficio de comidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas para el tratamiento de enfermedades postagudas: Para los afiliados dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días por un total de 42 comidas, sin costo adicional para usted. Puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas estables o un caso de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficio total, con un máximo de una caja de batidos por instancia. • Comidas para enfermedades crónicas: Los afiliados bajo administración de atención con ciertas afecciones crónicas pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para la transición a las modificaciones del estilo de vida. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficio de comidas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las condiciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), insuficiencia cardíaca congestiva, arteriopatía coronaria, diabetes e hipertensión. ○ Puede recibir un máximo de 3 comidas saludables al día durante hasta 28 días, por un máximo de 84 comidas al mes. Este beneficio puede ser utilizado por un máximo de 3 meses por año. ○ Sujeto a disponibilidad, puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas estables o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite mensual, con un máximo de una caja de batidos al mes. <p>Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para programar la entrega de comidas. Los números de teléfono se encuentran en la parte inferior de esta página.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	\$0
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan cubrirá los servicios de Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada, lo que significa que primero deberá probar un medicamento diferente con el objetivo de ver si este es efectivo para usted. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos que requieren receta médica de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/step-therapy-part-b-drugs.html.</p> <p>También se cubren algunas vacunas con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte B de Medicare y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, sección A, página 142 de su <i>Manual del Afiliado</i>, se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, sección C2, página 159 de su <i>Manual del Afiliado</i> se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que se obtienen como parte de su plan de atención (incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados generalmente en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas generalmente en centros de enfermería. • Rayos X y otros servicios de radiología brindados generalmente en centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados generalmente por centros de enfermería. • Servicios de médicos y profesionales. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios de la vista. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas auditivas. • Atención quiropráctica. • Servicios de podiatría. <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería). • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p> Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. • Los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y, si corresponde, la administración y el suministro de esos medicamentos. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia individual y de grupo. • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico). <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (incluidas las de alta complejidad, como tomografías computadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética y tomografías computarizadas de emisión monofotónica). <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. ○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101 • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un psiquiatra o médico con licencia del estado. ● Un psicólogo clínico. ● Un trabajador social clínico. ● Un especialista en enfermería clínica. ● Un enfermero especializado con práctica médica. ● Un asistente médico. ● Otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios clínicos. ● Tratamiento de día. ● Servicios psicosociales de rehabilitación. ● Programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios. ● Evaluación y tratamiento individual y grupal de la salud mental. ● Exámenes psicológicos cuando son indicados clínicamente para evaluar un resultado de salud mental. ● Servicios para pacientes ambulatorios para controlar la terapia de medicamentos. ● Servicios de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. ● Consultas psiquiátricas. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) entre otros.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol. • Tratamiento para el abuso de sustancias. • Asesoramiento grupal o individual brindado por un médico clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones. • Servicios en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios por consumo de alcohol o sustancias. • Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Nuestro plan proporciona un beneficio de \$260 cada tres meses para gastar en artículos aprobados de venta libre a través de CVS.</p> <p>Tiene la flexibilidad de comprar artículos OTC elegibles del catálogo por teléfono, en línea, o en las tiendas de CVS participantes con su tarjeta de identificación del afiliado. Puede realizar un pedido a través del catálogo en línea en www.cvs.com/otchs/healthnet o por teléfono llamando al 1-866-528-4679 (TTY: 711) y le enviaremos sus artículos a su puerta sin ningún costo adicional.</p> <p>Tenga en cuenta que el catálogo de artículos de venta libre (OTC) puede cambiar cada año. Asegúrese de revisar el catálogo actual para consultar qué artículos son nuevos y para identificar los cambios en los artículos respecto al año pasado. Hay un límite de 3 pedidos por trimestre. No hay límite de pedidos para compras en tiendas, hasta el límite de asignación en las oficinas participantes. Pueden aplicarse limitaciones adicionales a la cantidad de determinados artículos por trimestre, anotada en el catálogo.</p> <p>Nota: En ciertas circunstancias, los equipos de diagnóstico (tales como equipos de diagnóstico de presión arterial, colesterol, diabetes, exámenes de diagnóstico colorrectales y VIH) y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Para obtener los artículos y el equipo indicados anteriormente, usted debe (cuando sea posible) utilizar los otros beneficios de nuestro plan en lugar de gastar su asignación en dólares para artículos de OTC.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de internación parcial</p> <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio de un médico; ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ciertos servicios de telesalud, incluyen servicios urgentemente necesarios, servicios médicos a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podología, otro profesional de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje, sesiones individuales ambulatorias para abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio. ● Nuestro plan ofrece acceso virtual vía Teladoc a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Entre los servicios cubiertos, se incluye la medicina general, la salud conductual, la dermatología y más. <p>Una consulta virtual (también conocida como teleconsulta) es una consulta con un médico por teléfono o Internet mediante un teléfono inteligente, una tablet o una computadora. Para algunos tipos de consulta, es posible que necesite Internet y un dispositivo con cámara.</p> <p>Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> ● Algunos servicios de telesalud, como la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal. • Verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5-10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo; y ○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ○ El registro no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo; y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; ○ arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales. ○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; ○ servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). • Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores. <p>Hasta 12 visitas para el cuidado de rutina adicional de los pies por año.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Se cubrirán los siguientes dispositivos prótesis y es posible que también otros dispositivos no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos los equipos de suministros para alimentación, la bomba de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los suministros para las inyecciones autoadministradas. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas ortopédicos. • Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para reemplazar toda o en parte una parte externa del rostro que haya sido removida o afectada debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Crema y pañales para la incontinencia. <p>Se pagarán algunos dispositivos relacionados con las prótesis. También se cubren las reparaciones o los dispositivos de reemplazos de prótesis.</p> <p>Ofrecemos cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla, para obtener más información.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten COPD.</p> <p>Se cubren los siguientes servicios respiratorios para los pacientes que necesitan ventilación mecánica.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual y orientación</p> <p>Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención; se incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería. • Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su esposo o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Cubriremos la Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) para afiliados con enfermedad de la arteria periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>Este beneficio de Medi-Cal permite el acceso al transporte más accesible y con mejor relación costo-beneficio. Puede incluir ambulancias, vehículos con camilla, servicios de transporte médico en vehículo para silla de ruedas y la coordinación con servicios especiales para personas con discapacidades.</p> <p>Estos tipos de transporte se autorizan cuando ocurre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículos de pasajeros, taxis u otro tipo de transporte público o privado, y <p><i>Según el tipo de servicio, es posible que se necesite autorización previa.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte (rutina adicional)</p> <p>Nuestro plan de Medicare también cubre un total de 48 transportes terrestres de ida que no son para emergencias dentro de nuestra área de servicios. Este beneficio está disponible para ayudarle a obtener atención y servicios médicamente necesarios.</p> <p>Los viajes están limitados a lo siguiente: 75 millas, viajes de ida, a menos que el plan los apruebe previamente. Para programar viajes de rutina, llame con una anticipación mínima de 72 horas. Llame a cualquier hora para viajes urgentes. Determinados lugares pueden estar excluidos. Para obtener más información sobre las ubicaciones aprobadas por el plan, llame a Servicios al Afiliado.</p> <p>Tenga en cuenta: A fin de estar cubiertos por el plan, los servicios de transporte médicamente necesarios deben recibirse de un proveedor de la red. Los vehículos pueden transportar a varios ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en otras ubicaciones distintas al destino del afiliado durante el viaje. Asegúrese de consultar cualquier necesidad o preferencia especial al programar su recorrido.</p> <p>Este beneficio permite el acceso al transporte hacia los servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>Se requiere transporte para obtener la atención médica necesaria, incluido el viaje a las citas dentales y para recoger los medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo obtener transporte médico que no sea de emergencia, consulte el Capítulo 3, sección F2, página 59.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad repentina, o • una lesión, o • una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede consultar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan durante los fines de semana).</p> <p>La atención requerida de urgencia que se recibe fuera de los Estados Unidos podría considerarse una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Consulte el beneficio de atención de emergencia.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año • Hasta \$100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años. <p>Pagamos los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, incluye los exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes, y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma; • personas con diabetes; • afroamericanos mayores de 50 años; • hispanoamericanos mayores de 65 años. <p>Se cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque una lente intraocular.</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera.</p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para personas en riesgo de desarrollar glaucoma y un examen de retina para diabéticos. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pares ilimitados de anteojos recetados cada año hasta un beneficio máximo de \$400 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Lentes de anteojos únicamente o ○ Marcos de anteojos únicamente o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones de accesorios para la vista <p>Nota: El cargo de adaptación de los lentes de contacto está cubierto por el plan.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$400 cada año se aplica al costo de venta minorista de marcos o lentes (que incluye cualquier opción de lentes, como tonalidades y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que exceda el beneficio máximo por anteojos suplementarios (es decir, de rutina).</p> <p>Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo suplementario (es decir, de rutina). Los afiliados no pueden usar su beneficio suplementario para anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Nota: La cobertura para servicios de rutina de la vista es un beneficio suplementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p> <p>Los servicios de la vista deben obtenerse a través de la red de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o si desea obtener más información, llame a Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web en: www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. <p>Nota: Se cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por los servicios de Original Medicare o Medi-Cal.

E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT, por sus siglas en inglés)

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT, por sus siglas en inglés), a través de organizaciones líderes locales, ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal que cumplen con los requisitos y que estuvieron internados en un centro durante al menos 90 días consecutivos con la transición para regresar a la comunidad y permanecer allí de manera segura. El programa CCT financia servicios de coordinación para la transición durante el período previo a la transición y durante 365 días después de esta para asistir a los beneficiarios en su regreso a la comunidad.

Puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder del CCT (por sus siglas en inglés) que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados en que atienden en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal cubrirá los servicios de coordinación de transición. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios que no están relacionados con su transición del programa CCT

El proveedor nos facturará sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga estos servicios.

Mientras recibe servicios de coordinación de transición de CCT, pagamos los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios en la **Sección D**.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, sección F, página 152 de su *Manual del Afiliado*.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención de transición del programa CCT, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no se brinda a través del programa CCT es atención que **no** está relacionada con su transición después de estar en una institución o centro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



E2. Programa Dental de Medi-Cal

Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal, que incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- exámenes iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con fluoruro;
- restauraciones y coronas;
- tratamiento de conducto;
- dentaduras postizas, ajustes, reparaciones y revestimientos.

Los servicios dentales se ofrecen a través del pago por servicio del programa dental de Medi-Cal. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Atención al Cliente, al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa de servicios dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web dental.dhcs.ca.gov/ para obtener más información.

Además del pago por servicio del programa dental de Medi-Cal, puede recibir beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. En el condado de Los Ángeles hay planes de este tipo disponibles. Si quiere obtener más información sobre los planes dentales, si necesita ayuda para identificar su plan dental o si quiere cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita.

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la Tabla de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

E3. Cuidado de enfermos terminales

Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros para enfermos terminales certificados por Medicare. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información sobre los servicios que cubrimos mientras recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B que están relacionados con su enfermedad terminal

- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B que no están relacionados con su enfermedad terminal (excepto la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia)

- El proveedor le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B. Usted no paga estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, sección F3, página 157 de su *Manual del Afiliado*.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal.

F. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

En esta sección se detallan los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Tampoco los pagarán ni Medicare ni Medi-Cal.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del afiliado*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que nuestro plan debería pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los mencionemos como servicios cubiertos.
- Tratamientos, artículos y medicamentos quirúrgicos experimentales y médicos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3**, sección I, página 64 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA supera el costo compartido conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde del costo compartido.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones se presentan en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, se trata de medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, sección D, página 74 de su *Manual del Afiliado*.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

En general, cubriremos los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se describen en esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona, por lo general, es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. Su emisor de recetas **no** debe estar en las listas de exclusión o preexclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid, lista de exclusión estatal de Medicaid o de sancionados por el estado ni en ninguna lista similar de Medicaid del estado.
3. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



4. El medicamento recetado debe figurar en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.
 - Si no está ahí, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
 - Tenga en cuenta que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.
5. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos deben ser aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldados por determinadas referencias médicas. Su médico puede ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. Para medicamentos cubiertos por Medi-Cal, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	143
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	143
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del plan al surtir una receta	143
A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red.....	143
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red	144
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada	144
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos	144
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo	147
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	147
A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta.....	147
B. Lista de medicamentos de nuestro plan.....	148
B1. Medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos.....	148

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.....	149
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	149
C. Límites de algunos medicamentos	150
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	152
D1. Cómo obtener un suministro temporal	152
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	155
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	157
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan.....	157
F2. En un centro de atención a largo plazo	157
F3. En un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare	158
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos	158
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos en forma segura.....	158
G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos.....	159
G3. Programa de administración de medicamentos para usar medicamentos opioides de manera segura	160

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas de los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Afiliado.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del plan al surtir una receta

Para surtir una receta, **muestre su tarjeta de identificación del plan** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará a nosotros los medicamentos cubiertos recetados.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC, por sus siglas en inglés) para acceder a los medicamentos cubiertos de Medi-Cal Rx.

Si no tiene la tarjeta de identificación del plan en el momento de surtir la receta médica, pida en la farmacia que alguien se comunique con nosotros para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Puede solicitar que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten que la farmacia emita un suministro de la receta que necesita de no menos de 72 horas en caso de emergencia. Comuníquese de inmediato con Servicios al Afiliado.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, comuníquese con Servicios al Afiliado.

A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta médica, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si le queda resurtido.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si su farmacia deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Afiliado.

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, nos aseguraremos de que obtenga los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o bien tiene dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Afiliado.

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que **no**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



están disponibles a través del servicio de compra por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra por correo e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA o llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener ayuda (los números de teléfono figuran en la parte inferior de esta página).

En general, obtendrá una receta de compra por correo entre 10 y 14 días. Si su compra por correo se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono figuran en la parte inferior de esta página).

Procesos de compra por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y para los resurtidos de las recetas de pedidos por correo.

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que usted presente.

2. Recetas nuevas que el consultorio de su proveedor envía directamente a la farmacia

La farmacia completará y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin confirmarlo antes con usted, si:

- Usted utilizó servicios de envío por correo con nuestro plan en el pasado o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia complete y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de los pedidos por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas recetas de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación sea enviada inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (que incluye la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- La farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de compra por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios al Afiliado o a su farmacia de compra por correo: CVS Caremark al 1-866-808-7471 (TTY: 711).

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan contactarlo y confirmar su pedido antes del envío. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de repetición automática o si su información de contacto cambia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red de nuestro plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

En estos casos, consulte primero a Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total cuando le surtan su receta médica. Puede solicitar que le hagamos un reembolso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse el costo una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. También puede solicitar que Medi-Cal Rx le devuelva el dinero enviando el reclamo de "Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le informa las reglas que debe cumplir para poder obtener los medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca cumplirá con sus necesidades.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma está en nuestra Lista de Medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en www.wellcare.com/healthnetCA. La Lista de Medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos. Si se recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, sus necesidades de medicamentos recetados siempre serán evaluadas según las políticas de cobertura de nuestro plan, así como las normas de cobertura de Medicare.

Nuestro plan no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9**, sección G5, página 220 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las apelaciones. Para los medicamentos excluidos de la Parte D que son cubiertos por Medi-Cal Rx, puede solicitar un suministro de 14 días hasta que su autorización previa pueda ser revisada y aprobada. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 para obtener información.

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D) no puede pagar un medicamento que la Parte A de Medicare o Parte B ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina “uso no indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe realizarse pruebas o servicios que solo ellos ofrecen.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Siempre que haya un medicamento seguro y de costo más bajo que tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, esperamos que su proveedor le recete el de costo más bajo.

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite

www.wellcare.com/healthnetCA



análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 de su *Manual del Afiliado*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible su versión genérica

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Normalmente, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de nuestro plan antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, queremos que pruebe medicamentos de costo más bajo que suelen tener la misma eficacia antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos solicitarle que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A **no** es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede presentar una apelación. Para obtener más información al respecto, consulte la sección E, página 198 en el Capítulo 9.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Podemos cubrir la versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que receta pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en nuestra Lista de Medicamentos o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de Medicamentos o
 - nunca estuvo en nuestra Lista de Medicamentos o
 - ahora está limitado de alguna manera
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
 - Usted estaba en nuestro plan el año pasado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
- Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su afiliación en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta se establecen menos días. Esto es adicional al caso anterior de suministro temporal.
 - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de atención a largo plazo o sale de uno.
 - Si sale de un centro de atención a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro para un total de 30 días.

- Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando su suministro se acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Cambio a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente con la misma eficacia. Puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

O BIEN

- Cómo solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

Si un medicamento que está tomando se retirará de nuestra Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que usted desea.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 *Manual del Afiliado*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al Afiliado. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede presentar una apelación (para obtener más información al respecto, consulte la sección E en el Capítulo 9 en la página 206).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir solicitar o no una aprobación previa para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límite de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de cubrir otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en nuestra Lista de Medicamentos; o
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro; o
- un medicamento se retira del mercado.

Para obtener información sobre lo que sucede cuando la Lista de Medicamentos cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

Consulte nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.wellcare.com/healthnetCA o

- Llame al Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página, para consultar nuestra Lista de Medicamentos actual.

Algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos tendrán lugar **de inmediato**. Por ejemplo:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en nuestra Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de nuestra Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos. Consulte a su médico sobre otras opciones.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Estos cambios se pueden producir en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y actuamos de alguna de estas maneras:
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en nuestra Lista de Medicamentos o
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra Lista de Medicamentos o
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si existe un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar o
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 de su *Manual del Afiliado*.

Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no lo afectan ahora. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

En general, un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, llame a Servicios al Afiliado.

F3. En un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente.

- Puede estar inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requerir un medicamento para el dolor, las náuseas, los laxantes o la ansiedad que su centro para enfermos terminales no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal ni sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos el aviso donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si se va del centro de cuidado de enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que le explican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4**, sección E3, página 134 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidado de enfermos terminales.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- Medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

Si encontramos un posible problema en la utilización de medicamentos recetados, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Puede tomar medicamentos para diferentes afecciones médicas o estar en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de forma segura. En dichos casos, es posible que sea elegible para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma.
- Las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos.
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos.
- Las preguntas o los problemas que tenga sobre su receta médica y los medicamentos de venta libre.

Luego, le darán:

- Un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la consulta o cuando hable con

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud.

- También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que califican. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello y anularemos la inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

G3. Programa de administración de medicamentos para usar medicamentos opioides de manera segura

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que la manera en la que toma las benzodiacepinas o los opioides recetados no es segura, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en ciertas farmacias o a través de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted.

Si pensamos que una o más limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y de brindarnos cualquier otro dato que considera que es importante que conozcamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le proporcionaremos una decisión por escrito. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9**, sección G6, página 222 de su *Manual del Afiliado*.

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

- si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer o anemia falciforme,
- si está recibiendo cuidados de enfermos terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida; o
- si vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre cuánto paga por los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx; y
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare Parte D para pagar los medicamentos recetados. Le enviamos un folleto adicional denominado “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocido como “Cláusula Adicional del Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios al Afiliado y solicite la “Cláusula Adicional LIS”.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - qué medicamentos pagamos
 - si hay algún límite para el medicamento

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicios al Afiliado. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en www.wellcare.com/healthnetCA.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por nuestro plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5**, sección A, página 140 de su *Manual del Afiliado*.
 - Este capítulo informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5**, sección A, página 140 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).....	165
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos	166
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	167
C1. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo	167
C2. Qué paga usted.....	167

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



D. Vacunas..... 168

 D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna..... 168

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Realizamos un seguimiento de:

- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que nosotros pagamos.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Este informe resumido se proporciona cuando se han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La denominamos la EOB para abreviar. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información sobre el mes**. El resumen indica qué medicamentos que requieren receta médica obtuvo. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagamos y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que receta para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus gastos totales de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de Wellcare by Health Net cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. Puede solicitar que le hagamos un reembolso por el medicamento.

A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



4. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB de la Parte D por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, que algo está mal, o si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado. Conserve estas EOB de la Parte D. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener más información sobre cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5**, sección A7, página 143 de su *Manual del Afiliado* o nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C2. Qué paga usted

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica y que está cubierto a través de los siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



	Una farmacia de la red	Nuestro servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de un mes o de hasta 90 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 , sección A8, página 143, de su <i>Manual del Afiliado</i> para obtener más información.
Costo compartido Nivel 1 (Todos los medicamentos de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* de nuestro plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **la aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame a Servicios al Afiliado cuando planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle acerca de la cobertura de vacunación que ofrece nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	170
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	172
C. Decisiones de cobertura	173
D. Apelaciones.....	174

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red trabaja con el plan médico. **Si usted recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenla.** Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió:

1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención médica requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Consulte el Capítulo 3, sección D4, página 53.

Debe solicitarle al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, le reembolsaremos el monto.
- Consulte el **Capítulo 5**, sección A8, página 143 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura.

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Muestre su tarjeta de identificación para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura. No pague la factura.**

- Debido a que pagamos el costo total de sus servicios cubiertos, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica.

Si va a una farmacia fuera de la red, usted tendrá que pagar el costo total de la receta.

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5**, sección A8, página 143 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando usted paga el costo completo de una receta porque no lleva su tarjeta de afiliación con usted

Si no tiene la tarjeta de identificación del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación del plan.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.

5. Cuando paga el costo total de una receta por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web o tenga un requisito o una restricción que

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



usted no conoce o que considera que no se aplica a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.

- Si usted no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 de su *Manual del Afiliado*).
- Si usted y su médico u otra persona que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9**, sección G4, página 218 de su *Manual del Afiliado*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico o de otra persona que receta para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, nosotros lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9**, sección G5, página 220 de su *Manual del Afiliado*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de su factura y de los recibos para sus propios registros.** Puede solicitarle ayuda al coordinador de atención.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA) o puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar el formulario.

Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección. Debe proporcionar un tipo de comprobante de pago aprobado, por ejemplo, un cheque cancelado, un extracto de cuenta de la tarjeta de crédito o débito, o un recibo de transferencia bancaria.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Dirección para el envío de reclamos médicos:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Debe enviarnos el reclamo en el plazo de un año calendario a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Dirección para el envío de reclamos de farmacia:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, nosotros lo pagaremos. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si no ha pagado, le pagamos al proveedor directamente.

El **Capítulo 3**, sección B, página 45 de su *Manual del Afiliado*, explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El **Capítulo 5**, sección A, página 140 de su *Manual del Afiliado*, explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados de Medicare Parte D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, sección E, página 198.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitar que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección E2, página 198. de su *Manual del Afiliado*:

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte el **Capítulo 9**, sección E, página 198.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 9**, sección G5, página 220.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado a nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades	176
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	190
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	191
C1. Cómo protegemos su PHI	192
C2. Su derecho a ver su historia clínica	192
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	193
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted.....	194
F. Su derecho a abandonar el plan	195
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	195
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones.....	195
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda	196
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones.....	197
H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos.....	197
H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos	198
I. Sus responsabilidades como afiliado del plan	198

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprenderlos. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net desea resaltar la importancia de que usted comprenda la información de su plan médico. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- o Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- o Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (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.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم كل الخدمات لك بطريقة تنسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711) أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- o كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.

- o كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- Medicare 800-1-800-(1-800-633-4227)-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711) կամ գրել՝

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների մասին: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- o Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամ բոջերեն (բմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
- o Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների կենտրոն՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով 7 ցանկանում եք գանազատ ներկայացնել, ապա գանգահարեք

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք գանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711:

ՏԻՉԻՐ ԲՍՏ՝ ԻՆՏԵՐՆԵՏԻՆԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ՏԻՉԻՐ ԲՍՏԻ ՎԵՐԱԿԱՆԱԿՈՒՄ

Կարող եք հարցեր ունենալ մեր կայքի վրա, որտեղ կարող եք ստանալ ավելի մանրամասն տեղեկություններ մեր ծրագրի մասին: Կարող եք նաև խնդրել մեր կայքի վրա ավելի մանրամասն տեղեկություններ ստանալ մեր ծրագրի մասին: Կարող եք նաև խնդրել մեր կայքի վրա ավելի մանրամասն տեղեկություններ ստանալ մեր ծրագրի մասին: Կարող եք նաև խնդրել մեր կայքի վրա ավելի մանրամասն տեղեկություններ ստանալ մեր ծրագրի մասին:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអ្នកអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួយណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ឬសរសេរទៅកាន់៖

Wellcare by Health Net
 7700 Forsyth Boulevard
 Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតបើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើងបើសិន៖

- o អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
- o អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite



- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保所有服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- Medicare, 電話是 : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 電話是 : 1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是 : 916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوئیم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- o تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.

- o تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. Si quiere obtener más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-1019-368-800-1 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-7697-537-800-1 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록 해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7일 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오.
- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

- Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании ТТУ набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании ТТУ набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании ТТУ набирайте 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”.

Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- o Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- o Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- o Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- o Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc viết thư cho:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

- o Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
- o Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Si no puede obtener una cita en tiempo y forma para recibir servicios cubiertos, y su médico considera que usted no puede esperar más para programar una cita, puede llamar a Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para ayudarlo. Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

Usted tiene derechos como afiliado a nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Para obtener más información acerca de qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como su PCP y cómo elegir uno, consulte el **Capítulo 3**, sección D, página 48 de su *Manual del Afiliado*.
 - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3**, sección D4, página 53 de su *Manual del Afiliado*.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, tiene derecho a mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales durante hasta 12 meses si se cumplen determinadas condiciones. Si quiere obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1**, sección F, página 12 de su *Manual del Afiliado*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado* le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de la salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que se informa sobre estos derechos y también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Los afiliados que pueden dar su consentimiento para recibir servicios delicados no están obligados a obtener la autorización de ningún otro afiliado para recibirlos o presentar una reclamación por servicios delicados. Un afiliado puede iniciar una solicitud de comunicación confidencial por escrito al plan de salud o mediante transmisión electrónica. El asegurador de salud implementará una solicitud de comunicaciones confidenciales dentro de los siete 7 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de transmisión electrónica o telefónica, o dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción por escrito por correo de primera clase. Wellcare by Health Net dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios delicados a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos del afiliado o, a falta de designación, a nombre del afiliado, a la dirección o el número de teléfono que figura en el archivo. Wellcare by Health Net no divulgará

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



información médica relacionada con servicios delicados a ningún otro afiliado sin la autorización por escrito del afiliado que recibe la atención. Wellcare by Health Net adaptará las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, de ser posible, o bien en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicación confidencial de un afiliado relacionada con servicios confidenciales será válida hasta que el afiliado revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus expedientes.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no proporcione su atención ni pague su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley:

- Debemos divulgar la PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales. Si compartimos su información con Medi-Cal, también se hará conforme a las leyes federales y estatales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Usted tiene derecho a ver su historia clínica y a obtener una copia de ella.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Este es un servicio gratuito. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande. También puede obtener este manual sin cargo en los siguientes idiomas:

- árabe
- armenio
- camboyano
- chino
- farsi
- coreano
- ruso
- español
- tagalo
- vietnamita

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- cómo nos han calificado los afiliados del plan
- cuántas apelaciones presentaron los afiliados
- cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de la red
- Servicios y medicamentos cubiertos, y reglas que usted debe cumplir, incluido lo siguiente:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del afiliado*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual del afiliado*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9**, sección D, página 197 de su *Manual del Afiliado*), que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - poner por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que hayamos tomado
 - pagar una factura que recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle a usted si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si ya no lo quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos recetados o de otro plan de Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10**, sección C, página 247 de su *Manual del Afiliado*:
 - se detalla cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o en un plan de beneficios de medicamentos recetados.
 - se indica cómo obtener sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre diferentes opciones de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Rechazar.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo sacaremos de

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



su plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.

- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre.**
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo, que incluye la atención que usted **no** desea.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento en vida y el poder legal para la atención de salud son ejemplos de este tipo de documentos.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

- Si será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.
 - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
 - Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se coloque en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtener información sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Wellcare by Health Net le informará sobre los cambios en la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Tener una directiva anticipada es **su** elección. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere obtener más información.

G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el **Capítulo 9**, sección D, página 197 de su *Manual del Afiliado* se le indica qué puede hacer si tiene problemas o preocupaciones sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados del plan hayan presentado contra nosotros. Llame Servicios al Afiliado para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente y que **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de su *Manual del afiliado* o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a los siguientes números:

- Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007 (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.
- El programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) al 1-213-383-4519 (TTY: 711). Para obtener más información acerca del HICAP, consulte el **Capítulo 2**, sección E, página 29.
- El Programa de Defensoría al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2**, sección I, página 33 de su *Manual del Afiliado*.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus Derechos y Protecciones en Medicare) que se encuentra en el sitio web de Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del afiliado*. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual del afiliado*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica** que tenga. Nos aseguramos de que usted utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es afiliado de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todo sobre los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención**, por ejemplo, para llevar a cabo la evaluación anual de riesgos médicos.
- **Sea considerado**. Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y con otros proveedores.
- **Infórmenos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan**.
- **Pague lo que debe**. Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados del plan, Medi-Cal paga las primas de la Parte A y de la Parte B.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA



- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio pueden ser afiliados de este plan. El **Capítulo 1**, sección D, página 11 de su *Manual del Afiliado* le informa sobre nuestra área de servicios.
- Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
- Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se muda. Consulte el **Capítulo 2**, sección G, página 31 de su *Manual del Afiliado* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA



Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Introducción

Este capítulo le informa sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con respecto a los servicios y al apoyo a largo plazo, que incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y en los centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Este capítulo está compuesto por diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa de Defensoría al 1-888-452-8609, para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar diferentes problemas y quejas, aunque siempre puede llamar al Programa de Defensoría si necesita asesoramiento sobre su problema. Para obtener recursos adicionales para tratar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, sección I, página 33 de su *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	204
A1. Acerca de los términos legales	204
B. Dónde obtener ayuda.....	204

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



B1. Para obtener más información y ayuda	204
C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan.....	206
D. Problemas relacionados con sus beneficios.....	207
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	207
E1. Decisiones de cobertura	207
E2. Apelaciones	208
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	208
E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?	210
F. Atención médica.....	210
F1. Uso de esta sección.....	210
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	211
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	214
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	217
F5. Problemas con pagos	224
G. Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.....	226
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D	226
G2. Excepciones de la Parte D.....	227
G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción.....	228
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	229
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	232
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	234
H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada	236
H1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	237
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	238

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	240
H4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1	241
H5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2	242
I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	243
I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura	244
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	244
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	246
I4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1.....	247
I5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2.....	248
J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	249
J1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare	249
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	250
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	251
K. Cómo presentar una queja.....	252
K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas	252
K2. Quejas internas	254
K3. Quejas externas	256

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza depende del tipo de problema que está teniendo. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar reclamos**, también llamados quejas.

Para garantizar la imparcialidad y la celeridad, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, existen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, tal vez no tenga la información necesaria para dar el paso siguiente.

Ayuda a través del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud

Puede llamar al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer con su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un representante acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

La “Oficina de la Defensoría” de Medi-Cal Managed Care del estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlos al 1-888-452-8609 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico; excepto los días festivos. También puede obtener ayuda de su médico o llamarnos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

El Programa de la Defensoría no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Este programa puede ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar. Los servicios son gratuitos.

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

La Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés) de California puede ayudarlo. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse en un plan de salud, cambiarlo o abandonarlo. También pueden ayudarlo si se muda y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar a la Defensoría de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a personas con apelaciones relativas a problemas con los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891.

Departamento de atención médica administrada

El Departamento de atención médica administrada de California (DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. (Wellcare by Health Net es un plan de servicios de atención médica).

Si tiene alguna queja formal contra Wellcare by Health Net, debe llamar primero a Wellcare by Health Net, al 1-800-431-9007 (TTY: 711) y usar el proceso de presentación de quejas formales antes de comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de presentación de quejas formales no impide el ejercicio de ningún derecho ni la interposición de ningún recurso legal potencial que tenga a su disposición.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por Wellcare by Health Net o una queja formal que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia.

También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (IMR). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del Departamento <http://www.dmhc.ca.gov> tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información contenida en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medi-Cal. La **sección F4**, página 207 explica estas situaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o queja.

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la sección E , página 198, “Decisiones sobre cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura. Consulte la sección K , página 239, “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelación aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. También incluye problemas relacionados con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cobertura favorable para usted, siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si su médico lo refiere a un médico especialista.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si vamos a cubrir un servicio médico antes de que lo reciba, nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



En algunos casos, podemos decidir que Medicare o Medi-Cal no cubra o ya no cubra un servicio o medicamento. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Diferentes revisores, distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original, estarán a cargo de su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si no quiere apelar primero ante el plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede pedir una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la página 199 para obtener más información.

Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante en la página 202, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1 total o parcialmente, usted puede pasar a una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la Apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se **enviará automáticamente** a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras circunstancias, **deberá solicitar** una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **sección F4**, página 207 para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar a través de niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede solicitar ayuda de cualquiera de las siguientes opciones:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- **Servicios al Afiliado** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a personas con apelaciones relativas a problemas con los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio designar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite ayuda legal de un abogado de Health Consumer Alliance, llamando al 1-888-804-3536.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre.

Llame a Servicios al Afiliado a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html>. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. En una sección separada de este capítulo se detalla cada una de ellas. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Solicitud de cobertura para una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos”
(Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención.

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica y servicios que se describen en el **Capítulo 4, sección D, página 74** de su *Manual del Afiliado*. Por lo general, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios y artículos médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que, por lo general, son medicamentos que su médico o profesional de la salud le administran. Es posible que haya diferentes normas que regulen los medicamentos recetados de la Parte B. Cuando sea así, le explicaremos las diferencias entre las normas que regulan los medicamentos recetados de la Parte B y las normas que rigen los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **sección F2**, página 202.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **sección F3**, página 204.

3. Usted recibió la atención médica que considera que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Consulte la **sección F5**, página 213.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que pensó que estaba cubierta y pretende un reembolso.

Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la **sección F5**, página 213.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de determinados servicios de atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **sección F4**, página 207.

- Si la cobertura comprende atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), se aplican reglas especiales. Consulte la **sección H**, página 224 o la **sección I**, página 231 para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener la cobertura de determinados servicios de atención médica, utilice esta sección (**sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura tiene relación con su atención médica, se denomina **“determinación de organización integrada”**.

Usted, su médico u otro representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- Fax: 1-844-273-2671
- Por escrito: Wellcare by Health Net
4191 E. Commerce Way
Sacramento, CA 95834.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta con respecto a lo siguiente:

- Wellcare by Health Net decidirá las aprobaciones previas de rutina en un plazo de 5 días hábiles a partir del momento en que Wellcare by Health Net reciba la información necesaria para tomar una decisión y no más de 14 días calendario después de que Wellcare by Health Net reciba la solicitud.
- Medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud.

Para un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no** debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le proporcionamos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. El proceso para hacer un reclamo es diferente del correspondiente a decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **sección K**, página 239.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta respecto de lo siguiente:

- Servicios o artículos médicos dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.

En el caso de un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que falta información que podría beneficiarlo (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red) o si usted necesita más tiempo a fin de entregarnos la información para la revisión. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare**

Si cree que **no** debemos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **sección K**, página 239. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicitar cobertura de atención médica **que no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida por el pago de la atención médica que ya recibió.
- El uso de los plazos estándares **puede causar graves daños a su salud** o dañar su capacidad de funcionamiento.

Automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa decisión.

Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con los motivos y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:

- Automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
- Cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **sección K**, página 239.

Si rechazamos su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a apelar. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **sección F3**, página 204).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud:

- La solicitud está incompleta.
- Alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.
- Usted solicita retirar su solicitud.

Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explica por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-800-431-9007 (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.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al 1-800-431-9007 (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.

- Si su médico u otro profesional solicita la continuidad de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, deberá incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esa persona a representarlo. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html>.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Desestimaremos su solicitud; y
 - Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si usted apela una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una apelación rápida.
- El proceso de apelación rápida es el mismo que el proceso de decisión de cobertura rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones indicadas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura en la **sección F2**, página 202.
- Si su médico nos dice que su salud así lo requiere, acordaremos darle una apelación rápida.

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días calendario posteriores** a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple este plazo, seguirá recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los otros servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará con el servicio o el medicamento mientras espera su decisión de apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Si es necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente la revisa. Más adelante en este capítulo, en la sección F4, página 207 le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del nivel 2.

- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que todavía no ha recibido.
- Si la solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta antes del plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente la revisa. Más adelante en este capítulo, en la sección F4, página 208, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del nivel 2.

Si aceptamos toda o parte de su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare después de recibir su apelación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación, **tiene derechos adicionales de apelación:**

si **rechazamos** parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** parte o toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o elemento que normalmente está cubierto por **Medicare**, le enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete el nivel 1 del proceso.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que generalmente cubre **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. Más adelante en este capítulo, en la página 208, también se incluye más información. No presentaremos automáticamente una Apelación de Nivel 2 para usted por los servicios o artículos de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si su problema se trata de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. También puede pedir una audiencia justa con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la **sección F4**, página 207 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si envía una Apelación de Nivel en un plazo de 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente Medicare cubre

La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”, también llamada “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió a la compañía como Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación estándar de nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos de esta decisión.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos implementar la decisión de inmediato:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - proporcionar el servicio **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas.**
- Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** la totalidad o parte de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:
 - **En un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - **En un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación total o parcialmente, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, con un total de cinco niveles.

Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal suele cubrir

Hay dos formas de presentar una Apelación de Nivel 2 por servicios y artículos de Medi-Cal: (1) presentando una queja o solicitud de revisión médica independiente o (2) a través de una audiencia ante el estado.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar una queja o pedir una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) ante el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California. Al hacer esto, en el DMHC se revisará nuestra decisión y se tomará una determinación. Se puede pedir una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de índole médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si en la IMR le dan la razón, debemos brindarle el servicio o el artículo que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR en los siguientes casos:

- Si negamos, cambiamos o retrasamos un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determinamos que no es médicamente necesario.
- Si no cubrimos un tratamiento de Medi-Cal experimental o en etapa de investigación para una afección médica grave.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si no pagamos servicios de Medi-Cal de emergencia o urgencia que usted ya ha recibido.
- Si no se ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario, para una apelación estándar, o de 72 horas, para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero usted no nos envió el Formulario de Designación de un Representante, tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de poder solicitar una IMR de nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada.

Tiene derecho a una IMR y a una audiencia ante el estado, pero no si ya asistió a una audiencia ante el estado por el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 208 para obtener más información sobre nuestro proceso de Apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si se rechazó su tratamiento porque era experimental o estaba en etapa de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si el problema es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede llevar su caso inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en un plazo de 6 meses** desde que le enviamos una decisión escrita acerca de su apelación. En el DMHC podrían aceptar su solicitud después de los 6 meses, siempre y cuando usted tenga buenos motivos, como padecer una enfermedad que le impidió enviar la solicitud de IMR en el plazo de 6 meses o no recibir el aviso correspondiente de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Cómo solicitar una IMR:

- Complete el formulario “Solicitud de Revisión Médica Independiente” o el formulario de quejas disponible en www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx, o llame al Centro de Ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Adjunte copias de las cartas u otros documentos relacionados con el servicio o el artículo que rechazamos, si las tiene. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no envíe los originales. El Centro de Ayuda no devuelve ningún documento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Complete el Formulario de Asistente Autorizado, si alguien lo ayuda con su IMR. Puede conseguir el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del departamento, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o por fax sus formularios y documentos adjuntos a esta dirección:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Si reúne los requisitos para solicitar una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario en la que le informará sobre su calificación. Después de recibir la solicitud y los documentos que la respaldan de su plan, la decisión respecto a la IMR se tomará en el plazo de 30 días calendario. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted reúne los requisitos para solicitar una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 2 días calendario en la que le informará sobre su calificación. Después de recibir la solicitud y los documentos que la respaldan de su plan, la decisión respecto a la IMR se tomará en el plazo de 3 días calendario. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 7 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si no está conforme con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia ante el estado.

La IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe toda la historia clínica de usted o del médico que lo trata. Si recibe atención de un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga su expediente médico de dicho profesional y nos lo envíe. Se le exige al plan de salud que obtenga copias de su historia clínica de los médicos que forman parte de la red.

Si en el DMHC se decide que su caso no cumple con los requisitos para una IMR, se analizará su caso a través del proceso ordinario de presentación de quejas del consumidor, del DMHC. Su queja se debe resolver en el término de 30 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá más rápido.

(2) Audiencia ante el estado

Puede solicitar una audiencia ante el estado por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si el médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



servicio o artículo que usted ya recibe, y hemos rechazado su Apelación de Nivel 1, tiene el derecho de solicitar una audiencia ante el estado.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una audiencia ante el estado** luego de que reciba por correo el aviso Sus Derechos de Audiencia.

NOTA: Si solicita una audiencia ante el estado porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para enviar su solicitud** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la audiencia ante el estado se encuentra pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2?”, en la página 207 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia ante el estado:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia ante el Estado” que se encuentra en la parte posterior del Aviso de Acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o el condado que tomó la medida en contra de usted, el o los programas de ayuda involucrados y una explicación detallada de por qué quiere una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud ante uno de los siguientes organismos:
 - El departamento de bienestar del condado, en la dirección que aparece en el aviso.
 - El Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias ante el Estado, al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California, al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una audiencia ante el estado por teléfono, tenga en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La oficina de Audiencia Imparcial le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **acepta** parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si la oficina de Audiencia Imparcial **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencia Imparcial es **negativa** para parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos adicionales de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue ante la **Organización de Revisión Independiente**, solo podrá apelar de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la Organización de Revisión Independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial, se describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **sección J**, página 236 para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. **Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura.**

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del afiliado*. Se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos el reembolso del pago o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago del costo del servicio o artículo en un plazo de

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago a usted.

- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **sección F3**, en la página 204. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos una atención médica que usted adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión y establece que debemos pagarle, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación en cualquier nivel del proceso de apelación posterior al Nivel 2 es **Aceptada**, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención de salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se expliquen los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medi-Cal** generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. No presentaremos automáticamente una Apelación de Nivel 2 por usted. Consulte la **sección F4**, página 207, para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



G. Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que no tienen cobertura de Medicare Parte D, pero que tal vez tengan cobertura de Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.** En el resto de esta sección, cuando se diga “medicamento” se entenderá “medicamento de la parte D”.

Para estar cubierto, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5**, sección B3, página 145 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye pedirnos:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos; o
 - Dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse como se indica, la farmacia le proporcionará una notificación por escrito en la que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

La decisión inicial sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”**.

- Nos solicita que pagemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo hacer una apelación. Utilice la siguiente tabla de ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>Necesita un medicamento que no aparece en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la sección G2, página 216, luego consulte las secciones G3, página 217 y G4, página 218.</p>	<p>Desea que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la sección G4, página 218.</p>	<p>Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la sección G4, página 218.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos la decisión).</p> <p>Consulte la sección G5, página 220.</p>

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

En ocasiones, nos referimos al hecho de solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o la eliminación de una restricción de un medicamento como una **“excepción de la lista de medicamentos”**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas nos pueden solicitar:

1. Cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminación de restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5**, sección C, página 146 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto se suele denominar “autorización previa”.
 - Requerir que pruebe primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto suele denominarse “terapia escalonada”.
 - Aplicar límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede adquirir.

G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que expide recetas debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **sección G5**, página 220 para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-800-431-9007 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo. 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.
- Usted, el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **sección E3**, página 206 para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 162 de su *Manual del Afiliado*
- Si solicita una excepción, deberá presentar una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Utilizaremos los “plazos estándares”, salvo que acordemos utilizar “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina **“determinación de cobertura acelerada”**.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es para un medicamento que no recibió. No le daremos una decisión rápida de la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar podrían verse seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, accederemos a brindársela. Le enviamos una carta para informarle.

- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo del médico u otro profesional que expide recetas, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida de cobertura.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.

Le enviamos una carta para informarle. La carta también le indicará cómo presentar un reclamo con respecto a nuestra decisión.

Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **sección K**, página 239.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **sección G6**, página 222, para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas luego de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para la excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-800-431-9007 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona que receta deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura. Consulte la **sección G4**, página 218, para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- Cuando revisamos su apelación, prestamos atención nuevamente a toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **sección G6**, página 222 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de Apelaciones de Nivel 2.

- Si **aceptamos** toda o parte de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que todavía no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no recibió el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si cree que su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **sección G6**, página 222 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de Apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de un período máximo de 7 días calendario** luego de haber recibido la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que usted compró **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.
- Deberemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **sección G6**, página 222 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de Apelaciones de Nivel 2.

- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”, también llamada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que expide recetas debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta con las **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Independiente. Las instrucciones le explicarán quién puede presentar una Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.

- Cuando usted presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina el “expediente de su caso”. **Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4**, página 207 para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 2

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobados **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el pago de un medicamento que compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de las 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza el valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego de un nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito de continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la Organización de Revisión Independiente le envió después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4**, sección D, página 74 de su *Manual del Afiliado*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de ser dado de alta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una internación más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un empleado del hospital, como un enfermero o asistente social, le entregarán un aviso por escrito denominado “**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**”. Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación cuando es admitida en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, solicítésela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado, a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Leer el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente internado, entre los que se incluyen los siguientes:
 - Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firmar el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o una persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan informado.
- **Conservar su copia** del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si firma el aviso con más de dos días de antelación a la fecha en que debe dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha de su alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios al Afiliado, a los números que figuran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare, al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es Livanta. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**, sección F, página 29.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin pagar por ella mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, podrá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede apelar directamente ante nuestro plan. Consulte la **sección G4**, página 218 para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Como las hospitalizaciones están cubiertas por Medicare y Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud para prolongar su hospitalización, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California. Consulte la Sección F4, en la página 207, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregó.
- Para el mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá otra notificación en la que se explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta apropiada y médicamente adecuada para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



El término legal para esta explicación escrita se denomina **“Notificación Detallada del Alta”**. Puede obtener una copia si llama a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

Si las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad **aceptan** su apelación:

- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación:

- Crean que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía, el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta sobre la apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la organización para el mejoramiento de la calidad le brinde la respuesta sobre su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice la cobertura de la atención.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión de Calidad **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su Apelación de Nivel.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión de Calidad **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte a la Sección E4, en la página 200, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una Apelación de Nivel 1 en un plazo de 60 días o antes de la fecha planificada para el alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para la Apelación de Nivel 1, puede utilizar un proceso de "apelación alternativa".

Comuníquese con Servicios al Afiliado a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite una "revisión rápida" de la fecha de alta del hospital.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es "**apelación acelerada**".

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y que haya respetado las reglas.
- Utilizamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que usted debe estar en el hospital después de la fecha del alta.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada para usted.
- Nuestra cobertura de servicios hospitalarios como paciente internado finalizará el día en que le informamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha planificada para el alta si continuó internado en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de Apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos nuestro **rechazo** a su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **sección K**, página 239 para obtener información sobre cómo presentar reclamos.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Ellos consideran cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo en que la fecha planificada para el alta hospitalaria era médicamente adecuada.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener información sobre las Apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte a la Sección F4, en la página 207, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una revisión médica independiente además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se refiere solo a tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

11. Notificación previa antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación escrita por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se denomina Aviso de No Cobertura de Medicare. En el aviso, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso para dejar constancia que lo recibió. Firmar el aviso **solo** evidencia que recibió la información. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se describe el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **sección K**, página 239 para obtener más información sobre quejas.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **sección H2**, página 226 o consulte el **Capítulo 2**, sección F, página 29 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídale que revise su apelación y decida si desea cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en la Notificación de No Cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, consulte la **sección I4**, página 234.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud de continuar la cobertura de servicios de atención de salud, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC de California. Consulte a la Sección F4, en la página 207, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

El término legal para el aviso escrito es **“Aviso de No Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Afiliado, a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- Nuestro plan también le envía una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación de el aviso es **“Explicación Detallada de la No Cobertura”**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Los revisores le informan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Seguiremos cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha en que le informamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha en el aviso
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en que finaliza su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó con la atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Proporcionaremos cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Usted puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la Sección F4, en la página 207, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

14. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Como se explica en la **sección 12**, página 231 usted debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su Apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede utilizar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página y obtenga información sobre una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y se hayan respetado las normas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.
- Utilizamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita servicios por más tiempo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha en que le informamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que finalizaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de Apelación de Nivel 2.

15. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que rechazamos su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **sección K**, página 239 para obtener información sobre cómo presentar reclamos.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Ellos consideran cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la Sección F4, en la página 207, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J**, página 236 para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente para su Apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con los documentos correspondientes. Tal vez esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado adjudicador.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla o rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le dirá qué hacer si quiera continuar con el proceso de apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual usted ha apelado cumple un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de presentación de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted. • El trato de nuestro personal fue deficiente. • Considera que lo están desvinculando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. • Usted no habla inglés y su médico o proveedor no proporciona un intérprete para su idioma (por ejemplo, lenguaje de señas estadounidense o español). • Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo mantienen esperando demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. • Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a tiempo a la Organización de Revisión Independiente.

Hay diferentes clases de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización las revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (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.

El término legal para una “queja” es **“reclamo formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar un reclamo formal”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.

Debemos notificarle nuestra decisión acerca de su queja tan pronto como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, y a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Si necesitamos más información y no tomamos una decisión en un plazo de 30 días, se lo notificaremos por escrito y le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta. Por ejemplo, le notificaremos que una queja formal relacionada con Medicare solo se puede extender hasta por 14 días calendario. En ciertos casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina procedimiento de “queja rápida”. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja si está en desacuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- o Rechazamos la revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de Medicare Parte D.
 - o Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de Medicare Parte D rechazados.
 - o Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
 - o Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su apelación de atención médica rechazada.
 - o Si tiene un problema urgente que represente un riesgo inmediato y grave para su salud.
- Las quejas relacionadas con Medicare Parte D deben presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja. Todos los demás tipos de quejas deben presentarse ante nosotros o ante el proveedor en cualquier momento a partir del incidente o de la medida que causó su disconformidad.
 - Si no podemos resolver su queja para el siguiente día hábil, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario de haber recibido su queja para informarle que la hemos recibido.

Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas. Si tiene un problema urgente que represente un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una queja rápida y le responderemos en un plazo de 72 horas.

El término legal para “queja rápida” es “**reclamo formal acelerado**”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No es necesario que presente un reclamo ante Wellcare by Health Net antes de presentarlo ante Medicare.

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan de salud no le brinda una respuesta a su problema, puede llamar también al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante la Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC si necesita ayuda con quejas relativas a los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja por un problema urgente o un asunto que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre su queja o si el plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

A continuación, se presentan dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TTY gratuita: 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

O puede comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019.
TTY: 1-800-537-7697.
Fax: 1-202-619-3818.

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Civiles de Unruh. Puede comunicarse con el Programa de Defensoría para solicitar asistencia. El número de teléfono es 1-888-452-8609 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico; excepto los días festivos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el Gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **sección H2**, página 226 o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Afiliado*

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Su número de teléfono es 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliados a nuestro plan

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su afiliados en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su afiliados en nuestro plan	260
B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan.....	261
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal	262
C1. Sus servicios de Medicare.....	262
C2. Sus servicios de Medi-Cal	264
D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su afiliados en nuestro plan	265
E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliados a nuestro plan.....	265
F. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	266
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan.....	266

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Cuándo puede cancelar su afiliados en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su afiliados durante determinados momentos del año. Debido a que cuenta con Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su afiliados en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez dentro de cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede finalizar su afiliados en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción anual** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliados en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su afiliados en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliados en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que cumpla los requisitos para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Si usted se mudó fuera de nuestra área de servicios,
- Si sus requisitos de elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambiaron, o
- Si recientemente se mudó a, actualmente recibe atención de o solo se mudó fuera de un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo.

Su afiliados se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de febrero).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en la tabla de la **sección C1**, página 248.
- Servicios de Medi-Cal en la **sección C2**, página 250.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su afiliación llamando a los números que figuran a continuación.

- Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California (HICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Opciones de Atención de Salud: 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensoría de Atención Administrada por Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o por correo electrónico MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5**, sección G3, página 155 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Tiene las siguientes opciones si desea abandonar nuestro plan:

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 248.
- Llame a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- En la sección C a continuación se detallan los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su afiliados en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que aparecen a continuación. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su afiliados en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan médico de Medicare , incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de salud Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
---	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
--	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su afiliados en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su afiliados y comience la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted continúa recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de venta por correo para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su afiliados en Wellcare by Health Net, nuestro plan cubrirá su internación en el hospital hasta que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su afiliados a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su afiliados en nuestro plan:

- Si se interrumpe su cobertura de la Parte A de Medicare y Parte B.
- Si usted ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es solo para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. El estado de California o Medicare cancelarán su inscripción en el plan Wellcare by Health Net y usted volverá a Original Medicare. Si recibe Ayuda Adicional para pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid lo inscribirán automáticamente en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si posteriormente vuelve a calificar para Medi-Cal y quiere volver a inscribirse en Wellcare by Health Net, tendrá que llamar al 1-800-431-9007, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Infórmeles que quiere volver a inscribirse en Wellcare by Health Net.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo afiliado.
- Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

El período de elegibilidad continua estimada del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua estimada comienza el primero del mes siguiente al mes en el que usted pierde el estatus de necesidades especiales.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y de Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del plan para obtener atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su afiliados por esta razón).

F. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos solicitando que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. También puede consultar el **Capítulo 9**, sección K, página 239 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se describen los avisos legales que se aplican a su afiliados a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del afiliado*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	268
B. Aviso de No Discriminación	268
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	270
D. Contratistas independientes	270
E. Fraude al plan de atención de salud	270
F. Circunstancias más allá del control de Wellcare by Health Net	271

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en el *Manual del afiliado*. Las leyes más importantes que se aplican son leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

B. Aviso de No Discriminación

Cada compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencias en reclamos, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos ni excluimos a las personas de manera ilegal ni las tratamos de manera diferente por su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 1-916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.wellcare.com/healthnetCA.



Si cree que ha sido discriminado y desea presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con el Departamento de Manual del Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable. También puede comunicarse con nosotros escribiendo a:

Wellcare by Health Net
 Appeals & Grievances
 Medicare Operations
 P.O. Box 10450
 Van Nuys, CA 91410-0450
www.wellcare.com/healthnetCA

Si su reclamo se presenta por discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades de habla o audición, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros en los servicios de atención de salud para sus afiliados. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

D. Contratistas independientes

La relación entre Wellcare by Health Net y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Wellcare by Health Net y ni Wellcare by Health Net ni ninguno de sus trabajadores es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Wellcare by Health Net será responsable por la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no Wellcare by Health Net, mantienen una relación médico-paciente con el Afiliado. Wellcare by Health Net no es un proveedor de atención médica.

E. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparece en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios o si se sabe o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa de nuestro plan para denunciar fraudes al 1-800-977-3565 (TTY: 711). Esta línea funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



F. Circunstancias más allá del control de Wellcare by Health Net

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, da como resultado que las instalaciones o el personal de Wellcare by Health Net no estén disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del afiliado*, la obligación de Wellcare by Health Net de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Wellcare by Health Net haga un esfuerzo de buena fe para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros o personal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Actividades de la vida cotidiana: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual para Miembros* explica las apelaciones, incluido el proceso de su presentación.

Salud del comportamiento: un término integrador que hace referencia a los trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son, generalmente, fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Coordinador de atención: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizado”.

Servicios opcionales del plan de atención (servicios CPO): servicios adicionales que son opcionales dentro de su plan de atención personalizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y el apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir a través de Medi-Cal.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2**, sección G, página 31 de su *Manual del Afiliado* explica cómo comunicarse con el CMS.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): es un programa de servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios con el que se brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los afiliados elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Queja: una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica y a los de venta libre cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación en asuntos culturales: educación que ofrece a nuestros proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): el departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): el departamento estatal en California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas relativas a los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR, por sus siglas en inglés).

Cancelación de la afiliación: el proceso para cancelar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Dual eligible special needs plan (D-SNP): plan de salud que brinda servicios a personas que son elegibles para Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden incluir una lesión grave o un dolor intenso.

Atención de emergencia: los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica o de la salud del comportamiento.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: un medicamento recetado, que cuenta con la aprobación del gobierno federal para utilizarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Reclamo formal: una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen las quejas por la calidad de su atención o la calidad del servicio provisto por su plan de salud.

Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés): un programa con el que se proporciona información y orientación gratuita y objetiva sobre Medicare. El **Capítulo 2**, sección E, página 29 de su *Manual del Afiliado* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Evaluación de riesgo de salud: una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cuidado de enfermos terminales: un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

- Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior al de nuestros costos compartidos por los servicios. Llame a Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés): si rechazamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros de DME y medicamentos, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si se le da la razón en la IMR, debemos brindarle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Plan de atención personalizado (plan de atención o ICP, por sus siglas en inglés): un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Paciente internado: un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

Equipo interdisciplinario de atención (equipo de atención o ICT, por sus siglas en inglés): un equipo de atención que podría incluir médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica y los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que cubrimos. Elegimos los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina Formulario.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): los servicios y el apoyo a largo plazo que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a una casa de reposo o al hospital. Los LTSS incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y los Centros de Enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): consulte “Ayuda Adicional”.

Programas de compra por correo: algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite recibir directamente en su hogar un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos. Esta puede ser una manera económica y conveniente de surtir las recetas que toma regularmente.

Medi-Cal: nombre del programa Medicaid de California. Es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal.

- Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el **Capítulo 2**, sección H, página 32 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Planes de Medi-Cal: los planes que incluyen solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son aparte.

Médicamente necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. El término “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también llamado “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y para la de Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare y en Medi-Cal también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” or “MA”, que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de Medicare Advantage Plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”. La Parte D cubre los medicamentos que recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B ni por Medi-Cal. Nuestro plan incluye Parte D de Medicare.

Medicamentos de Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la terapia con medicamentos: un grupo distinto de servicios o grupo de servicios proporcionados por proveedores de atención médica, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5**, sección G2, página 154 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Medi-Cal, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y por el estado.

Manual del Afiliado y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre afiliados, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2**, sección A, página 20 de su *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubriremos las recetas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no le cobran un monto adicional a nuestros afiliados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



- Mientras sea afiliados de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Casa de reposo o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensoría: una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede encontrar más información en el **Capítulo 2**, sección I, página 33 y en el **Capítulo 9**, sección D, página 197 de su *Manual del Afiliado*

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

En el **Capítulo 9**, sección E, página 198 de su *Manual del Afiliado* se explican las decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): el gobierno ofrece Original Medicare. Conforme a Original Medicare, los servicios se cubren pagando a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios a los afiliados a nuestro plan. En el **Capítulo 3**, sección D4, página 53 de su *Manual del Afiliado* se describen los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre: todo medicamento o medicina de venta libre que una persona puede comprar sin una receta emitida por un profesional de la salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida, PHI):

información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI (por sus siglas en inglés) y sus derechos en relación con su PHI.

Proveedor de atención primaria ((PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el **Capítulo 3**, sección D, página 48 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: es una aprobación nuestra que usted debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específico o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra los servicios o los medicamentos.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4**, sección D, página 74 de su *Manual del Afiliado*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE): un programa con el que se cubren los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas de 55 años de edad en adelante que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en su hogar.

Prótesis y aparatos ortóticos: dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2**, sección F, página 29 de su *Manual del Afiliado* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar los montos de los medicamentos que cubrimos por receta.

Remisión: una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para usar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3**, sección B, página 45 y en el **Capítulo 4**, sección D, página 74 de su *Manual del Afiliado*

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el **Capítulo 4**, sección D, página 74 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios delicados: servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener nuestro plan.

Parte del costo: la parte de los costos de atención de salud que usted podría tener que pagar todos los meses antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada: la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Farmacia especializada: consulte el **Capítulo 5**, sección A5, página 141 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia ante el estado: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o no seguiremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, podrá solicitar una audiencia ante el estado. Si se le da la razón en esta audiencia, debemos brindarle el servicio que usted solicitó.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. El Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) proporciona automáticamente la cobertura de Medi-Cal.

Atención de urgencia: la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.wellcare.com/healthnetCA.



Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Wellcare by Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare by Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare by Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare by Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare by Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare by Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare by Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare by Health Net's website at **www.wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրութեամբ: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY: **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլային և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بزرگ و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਗੜਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyo ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Departamento de Servicios al Afiliado de Wellcare by Health Net

LLAME AL	<p>1-800-431-9007.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>
POR CORREO	<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

