Wellcare Assist (HMO) *ofrecido por* Health Net Of California, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Assist (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.

☐ Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que consume siguen teniendo cobertura.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.

☐ Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE**: Conozca otras opciones de planes

- ☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*.
- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en Wellcare Assist (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023.** Esto cancelará su inscripción en el plan Wellcare Assist (HMO).
- Si recientemente usted se mudó a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de cuidados de largo plazo), vive en una de estas instituciones o se acaba de mudar de alguna de ellas, puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Servicios para los miembros en el teléfono 1-800-275-4737 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare Assist (HMO)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS y 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.

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se refiere a Health Net Of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Assist (HMO).

H0562_127_2023_CA_ANOC_HMAPD_105342S_M

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023 5

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 9

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 9

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 9

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 10

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 15

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 20

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Assist (HMO) 20

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 20

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan 21

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 21

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 21

SECCIÓN 6 Preguntas 22

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Wellcare Assist (HMO) 22

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 23

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y los costos de 2023 de Wellcare Assist (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos**.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$27.90	$10.30
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$4,500	$4,500
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $5 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $5 de copago por consulta
Hospitalizaciones	Para admisiones cubiertas, por admisión: $350 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. $0 de copago por días adicionales en el hospital cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: $350 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. $0 de copago por día por los días 91 al 210 por días adicionales en el hospital cubiertos.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: $480 (aplica a medicamentos Nivel 2 (Medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (nivel de especialidad)) Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga $20 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga $47 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga 43% del costo total por un suministro de un mes (30 días).	Deducible: $505 (aplica a medicamentos Nivel 2 (Medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (nivel de especialidad)) Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $19 de copago por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga $20 de copago por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $20 de

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días).	copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $47 de copago por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $47 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 49% del costo total por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga 49% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad: Costo compartido estándar: Usted paga 25% del

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
		costo total por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar: Costo compartido estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días).

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare).	$27.90	$10.30

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 que se relaciona con la "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$4,500	$4,500 Una vez que haya pagado $4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos el directorio por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2023 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y a las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Remisiones	Ha habido un cambio en los requisitos para las remisiones de los siguientes beneficios dentro de la red.	
	• Audífonos no requiere(n) una remisión. • Exámenes auditivos no requiere(n) una remisión. • Anteojos y lentes de contacto no requiere(n) una remisión. • Exámenes de la vista no requiere(n) una remisión.	• Audífonos puede(n) requerir una remisión. • Exámenes auditivos puede(n) requerir una remisión. • Anteojos y lentes de contacto puede(n) requerir una remisión. • Exámenes de la vista puede(n) requerir una remisión.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	Usted paga $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria. Usted paga $5 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. Usted paga $5 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico.	Usted paga $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria. Usted paga $5 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. Usted paga $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico.
Servicios de quiropráctica	Usted paga $5 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de quiropráctica - Cuidado quiropráctico de rutina	Usted paga $5 de copago por consulta, hasta 36 consulta(s) cada año para servicios de quiropráctica de rutina.	Usted paga $0 de copago por consulta, hasta 36 consulta(s) cada año por servicios de quiropráctica de rutina.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales	Su plan tiene hasta $1,000 de crédito para todos los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos dentro de la red cada año.	Su plan no tiene un máximo de crédito para los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de diagnóstico	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Endodoncia	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Extracciones	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios no rutinarios	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios no rutinarios	Se limita a 1 servicios no rutinarios todos los días a 24 meses, según el tipo de servicio .	Se limita a 1 servicios no rutinarios cada 6 a 24 meses, según el tipo de servicio.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Periodoncia	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	Prostodoncia - cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio. Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida según el tipo de servicio. Otros servicios no están cubiertos.	Prostodoncia - cada 12 a 60 meses o por procedimiento, según el tipo de servicio. Cirugía oral/maxilofacial - cada 60 meses o de por vida según el tipo de servicio. Otros servicios - cada 24 a 36 meses o de por vida, según el tipo de servicio.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	Usted paga 20% del costo total.	Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses dependiendo del servicio.	Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada dos años.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos	Su plan tiene hasta $1,000 de crédito para todos los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos dentro de la red cada año.	Su plan no tiene un máximo de crédito para los servicios dentales preventivos cubiertos dentro de la red cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Tratamiento con fluoruro	Se limita a 1 tratamiento(s) con fluoruro cada año.	Se limita a 1 tratamiento(s) con fluoruro cada seis meses.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Exámenes bucales	Se limita a 2 examen(es) oral(es) cada año.	Se limita a 1 examen(es) oral(es) cada seis meses.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Profilaxis (limpieza)	Se limita a 2 limpieza(s) cada año.	Se limita a 1 limpieza(s) cada seis meses.
Servicios de emergencia	Usted paga $90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga $90 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.
Tarjeta Flex Card	Usted recibe $500 en su tarjeta Flex Card. La tarjeta de débito la prepaga el plan para servicios dentales, de la vista o auditivos cubiertos. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.	Usted recibe $200 en su tarjeta Flex Card. La tarjeta de débito la prepaga el plan para servicios dentales, de la vista o auditivos cubiertos. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $350 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. Usted paga $0 de copago por los días adicionales cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $350 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. Usted paga $0 de copago por día por los días 91 al 210 por los días adicionales cubiertos.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional	Usted paga $0 de copago por consulta.	Usted paga $5 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje	Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga $5 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios - Observación hospitalaria para pacientes externos	Usted paga $90 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias. Usted paga $275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.	Usted paga $110 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias. Usted paga $275 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para admisión cubierta por Medicare por período de beneficios: Usted paga $0 de copago por día por los días 1 al 20 y $188 de copago por día por los días 21 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.	Para admisión cubierta por Medicare por admisión: Usted paga $0 de copago por día por los días 1 al 20, $196 de copago por día por los días 21 al 50, y $0 de copago por día por los días 51 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.
Servicios de urgencia necesarios - Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	Usted paga $90 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Autorización previa	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos podría(n) requerir autorización previa. • Servicios de podiatría no requiere(n) autorización previa.	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos no requiere(n) autorización previa. • Servicios de podiatría podría(n) requerir autorización previa.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidios por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2022, llame a Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".
Existen cuatro "etapas de pago de los medicamentos". La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina - No pagará más de $35 por el suministro de un mes por cada producto de insulinas cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que este se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos Nivel 2 (Medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de $480. Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 6: Medicamentos selectos para la atención estándar y el costo total de los medicamentos de Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Nivel de especialidad hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de $505. Durante esta etapa, usted paga ya sea $19 o $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 6: Medicamentos selectos para la atención estándar y el costo total de los medicamentos de Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Nivel de especialidad hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la parte que le corresponde del costo**.	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:	Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $19 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $20 de copago por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $47 de copago por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga 43% del costo total.	**Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 49% del costo total. *Costo compartido preferido*: Usted paga 49% del costo total.

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad: *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total.	**Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. *Costo compartido preferido*: Usted paga 25% del costo total.
	Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar: *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.
Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando usted obtiene su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos para un suministro de largo plazo de medicamentos con receta o sobre pedidos por correo de medicamentos con receta, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,230, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Assist (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Assist (HMO).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo, pero si desea cambiar de plan en 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN,* puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte el manual *Medicare & You (Medicare y Usted)* de *2023*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Assist (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Assist (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *O* comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023**.**

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si recientemente usted se mudó a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de cuidados de largo plazo), vive en una de estas instituciones o se acaba de mudar de alguna de ellas, puede modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (https://www.aging.ca.gov/hicap/).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A

continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado California Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA**. El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante The California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con The California AIDS Drug Assistance Program (ADAP), al 1-916-558-1784 (TTY 711) de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Wellcare Assist (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023,* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para Wellcare Assist (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*

Usted puede leer el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员，只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية بمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجاناً.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Portugués: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele ʻōlelo manuahi e pane i nā ʻano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a hoʻolako lāʼau. No ka ʻimi i mea māhele ʻōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau ʻaoʻao e koe nei. Na kekahi māhele ʻōlelo Hawaiʻi e kōkua iā ʻoe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

Estamos a Solo una **Llamada de Distancia**

ARKANSAS
HMO, HMO D-SNP
1-855-565-9518
O visite **www.wellcare.com/allwellAR**

ARIZONA
HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP
1-800-977-7522
O visite **www.wellcare.com/allwellAZ**

CALIFORNIA
HMO, HMO C-SNP, PPO
1-800-275-4737

HMO D-SNP
1-800-431-9007
O visite **www.wellcare.com/healthnetCA**

FLORIDA
HMO D-SNP
1-877-935-8022
O visite **www.wellcare.com/allwellFL**

GEORGIA
HMO
1-844-890-2326

HMO D-SNP
1-877-725-7748
O visite **www.wellcare.com/allwellGA**

INDIANA
HMO, PPO
1-855-766-1541

HMO D-SNP
1-833-202-4704
O visite **www.wellcare.com/allwellIN**

KANSAS
HMO, PPO
1-855-565-9519

HMO D-SNP
1-833-402-6707
O visite **www.wellcare.com/allwellKS**

LOUISIANA
HMO
1-855-766-1572

HMO D-SNP
1-833-541-0767
O visite **www.wellcare.com/allwellLA**

MISSOURI
HMO
1-855-766-1452

HMO D-SNP
1-833-298-3361
O visite **www.wellcare.com/allwellMO**

MISSISSIPPI

HMO
1-844-786-7711

HMO D-SNP
1-833-260-4124
O visite **www.wellcare.com/allwellMS**

NEBRASKA

HMO, PPO
1-833-542-0693

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-833-853-0864
O visite **www.wellcare.com/NE**

NEVADA

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

HMO D-SNP
1-833-717-0806
O visite **www.wellcare.com/allwellNV**

NEW MEXICO

HMO, PPO
1-833-543-0246

HMO D-SNP
1-844-810-7965
O visite **www.wellcare.com/allwellNM**

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
1-800-247-1447
O visite **www.wellcare.com/fidelisNY**

OHIO

HMO, PPO
1-855-766-1851

HMO D-SNP
1-866-389-7690
O visite **www.wellcare.com/allwellOH**

OKLAHOMA

HMO, PPO
1-833-853-0865

HMO D-SNP
1-833-853-0866
O visite **www.wellcare.com/OK**

OREGON

HMO, PPO
1-888-445-8913
O visite **www.wellcare.com/healthnetOR**

HMO D-SNP
1-844-867-1156
O visite **www.wellcare.com/trilliumOR**

PENNSYLVANIA

HMO, PPO
1-855-766-1456

HMO D-SNP
1-866-330-9368
O visite **www.wellcare.com/allwellPA**

SOUTH CAROLINA

HMO, HMO D-SNP
1-855-766-1497
O visite **www.wellcare.com/allwellSC**

TEXAS

HMO

1-844-796-6811

HMO D-SNP

1-877-935-8023

O visite **www.wellcare.com/allwellTX**

WISCONSIN

HMO D-SNP

1-877-935-8024

O visite **www.wellcare.com/allwellWI**

WASHINGTON

PPO

1-888-445-8913

O visite **www.wellcare.com/healthnetOR**

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

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

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