

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ofrecido por Health Net of California, Inc.

## ***Aviso Anual de Cambios para 2023***

### **Introducción**

Usted está afiliado actualmente como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos del plan. Este *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte el *Manual del Afiliado*, que se encuentra en nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de su *Manual del Afiliado*.

### **Índice**

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Descargo de responsabilidad .....                                          | 3  |
| B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año .....  | 3  |
| B1. Recursos adicionales .....                                                | 4  |
| B2. Información sobre nuestro plan .....                                      | 6  |
| B3. Cosas importantes que debe hacer .....                                    | 7  |
| C. Cambios en el nombre de nuestro plan .....                                 | 8  |
| D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias .....                    | 8  |
| E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año .....           | 9  |
| E1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos .....     | 9  |
| E2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica ..... | 28 |
| F. Cambios administrativos .....                                              | 32 |
| G. Elegir un plan .....                                                       | 32 |
| G1. Permanecer en nuestro plan .....                                          | 32 |
| G2. Cambiar de planes .....                                                   | 32 |

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| H. Obtener ayuda.....                                                       | 37 |
| H1. Nuestro plan .....                                                      | 37 |
| H2. Programa de orientación y defensa de los seguros de salud (HICAP) ..... | 37 |
| H3. Programa de defensoría .....                                            | 38 |
| H4. Medicare.....                                                           | 38 |
| H5. California Department of Managed Health Care.....                       | 39 |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

## A. Descargo de responsabilidad

- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen, no una descripción completa. Si quiere obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual del Afiliado* de Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).
- 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 Part 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.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Cuando este *Aviso Anual de Cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Medicare Medi-Cal Coordination Plan.

Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año. Si no cubre sus necesidades, es posible que pueda retirarse de nuestro plan. Consulte la **Sección G** para obtener más información.

Si decide abandonar nuestro plan, su afiliación se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección G2**.
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección G2**.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

## B1. Recursos adicionales

- انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية 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.
- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: 2անգահարեք 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.: 2անգն անվճար է:
- ចំណាំ: ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន អេស៉្បាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- 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。
- توجه: اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تآگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 9007-1 (تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 711 TTY 1-800-431) (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 preguntas, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.**

- . 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.
- 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.
- 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 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. La llamada es gratuita.
- 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.
- 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,



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

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.

- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) desea 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:

- 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 BIEN

- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP). 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.

## B2. Información sobre nuestro plan

- Wellcare by Health Net es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarles beneficios de ambos programas a los afiliados.
- La cobertura conforme a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

### B3. Cosas importantes que debe hacer

- **Consulte si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarlo.**
  - ¿Algún cambio afecta los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que funcionen para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- **Consulte si hay algún cambio que pueda afectarlo en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.**
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Están en otro nivel de costo compartido? ¿Puede usar las mismas farmacias?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcione para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Y la farmacia en donde compra sus medicamentos? ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
- **Considere los costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

### Si decide permanecer en Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP):

Si decide permanecer en el plan, es simple: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).

### Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

---

## C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambia de Wellcare Plus (HMO) a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) le enviará una nueva tarjeta de identificación de afiliado por correo. Es posible que reciba más correspondencia con el nuevo nombre del plan.

---

## D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para el 2023.

Le recomendamos que **consulte nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores actual*** para verificar si sus proveedores o su farmacia aún pertenecen a nuestra red. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, a los números que figuran en la parte inferior de la página, para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** del *Manual del Afiliado*.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



## E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### E1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Nuestra cobertura para ciertos servicios médicos y lo que paga por estos servicios médicos cubiertos cambiará el próximo año. En la tabla que aparece a continuación, se describen estos cambios.

|                                             | 2022 (este año)                                                                                                                          | 2023 (próximo año)                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de acupuntura</b>              | No se requiere autorización previa.                                                                                                      | Es posible que se necesite autorización previa.                                                                                         |
| <b>Servicios de ambulancia</b>              | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por viaje de ida o vuelta por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.                   | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.                                                 |
| <b>Cirugía bariátrica</b>                   | La cirugía bariátrica <b>no</b> está cubierta.                                                                                           | Usted <b>paga \$0 de copago</b> por cirugía bariátrica cubierta por sus beneficios de Medi-Cal.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>Es posible que se necesite autorización previa. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>No</b> se requiere autorización previa.              |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                        | 2022 (este año)                                                                                                                                 | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca: intensiva</b> | <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa.</p> | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>No</b> se requiere autorización previa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Atención para afecciones del embarazo</b>           | <p>La atención por afecciones del embarazo no está cubierta.</p>                                                                                | <p>Usted paga <b>copago de \$0</b> por los siguientes servicios cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultas prenatales y posparto en el consultorio</li> <li>○ Parto normal</li> <li>○ Cesárea proporcionada por un médico miembro</li> <li>○ El tratamiento para las complicaciones del embarazo incluye abortos médicamente necesarios</li> <li>○ Abortos electivos</li> <li>○ Pruebas genéticas del feto (se requiere autorización previa)</li> </ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                     | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cobertura para recién nacidos</li> <li>○ Circuncisión médicamente necesaria (o con autorización previa)</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios quiroprácticos: servicios quiroprácticos de rutina</b> | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por consulta, por hasta 12 consultas por año para servicios quiroprácticos de rutina.                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por consulta, por hasta 24 consultas por año para servicios quiroprácticos de rutina.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios comunitarios para adultos</b>                          | Los servicios comunitarios para adultos <b>no</b> están cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por servicios comunitarios para adultos, cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Servicios dentales: dentales de rutina</b>                       | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 examen oral cada 6 meses.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 limpieza (profilaxis) cada 6 meses.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 tratamiento con fluoruro cada 6 meses.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 serie de radiografías dentales cada 1 a 3 años.</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronas: metales nobles, una vez cada 5 años calendario</li> </ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                               | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios dentales: dentales de rutina</b> | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 servicio que no es de rutina cada 6 a 24 meses.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 servicio de diagnóstico cada año.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 servicio de restauración cada 2 años.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 servicio de endodoncia por diente.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 servicio periodóntico cada 6 a 36 meses.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 extracción por diente.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por prostodoncia, incluidas las dentaduras postizas; 1 cada 12 a 60 meses por procedimiento.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 1 cirugía oral maxilofacial cada 36 meses o de por vida.</p> | <p>- Prostodoncias (dentaduras postizas): cada 2 años calendario por arco</p> <p>- Puentes: cada 5 años calendario por diente</p> <p>Se aplican limitaciones y exclusiones.</p> <p>Puede encontrar detalles sobre sus beneficios dentales de Medi-Cal en <a href="https://smilecalifornia.org">https://smilecalifornia.org</a></p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                           | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                               | 2023 (próximo año)                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b>    | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por otros servicios; 1 cada 24 a 36 meses o por toda la vida.</p> <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Pueden requerirse remisiones del médico.</p> | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>No</b> se requieren derivaciones.</p> |
| <b>Plantillas o zapatos terapéuticos para la diabetes</b> | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por plantillas o calzado terapéuticos para la diabetes cubiertos por Medicare.                                                                                                                       | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada calzado o plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.          |
| <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b>              | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                             | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                    |
| <b>Servicios de diálisis</b>                              | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                             | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                    |
| <b>Equipo médico duradero.</b>                            | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.                                                                                                                                                 | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada equipo médico duradero cubierto por Medicare.                                      |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                               | 2022 (este año)                                                                                                                            | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>el equipo médico duradero para su uso fuera del hogar.</b> | El equipo médico duradero para su uso fuera del hogar no está cubierto.                                                                    | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por equipo médico duradero para uso fuera del hogar cubierto por sus beneficios de Medi-Cal.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                                     |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                | Usted paga <b>\$120 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                 | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de planificación familiar</b>                    | Los servicios de planificación familiar <b>no</b> están cubiertos.                                                                         | Usted paga \$0 de copago por servicios de planificación familiar cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos anticonceptivos</li> <li>• Esterilizaciones (masculina y femenina)</li> </ul> |
| <b>Flex card</b>                                              | Usted recibe \$200 en su Flex Card. La tarjeta de débito es prepagada por el plan para servicios dentales, de visión o audición cubiertos. | La Flex Card de débito <b>no</b> está cubierta.                                                                                                                                                                                                                          |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2022 (este año)                                                                   | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirugía de reasignación de sexo</b>                                                                                                                                                                                                                                         | La cirugía de reasignación de sexo <b>no</b> está cubierta.                       | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cirugía de reasignación de sexo, cubierta por sus beneficios de Medi-Cal.<br><br>Se requiere autorización previa.                      |
| <b>Healthy Foods Card</b><br><br>Medicare aprobó Wellcare by Health Net para brindar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar<br><br>Planes de Medicare Advantage. | La Healthy Foods Card <b>no</b> está cubierta.                                    | Usted recibe una prestación de \$50 cada mes para gastos en comestibles elegibles en minoristas participantes.<br><br>Esta prestación no se acumula para el siguiente mes. |
| <b>Educación sobre la salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                | La educación sobre salud <b>no</b> está cubierta.                                 | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por educación sobre la salud, cubierta por sus beneficios de Medi-Cal.                                                                     |
| <b>Servicios de Audición</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>No</b> se requieren derivaciones                                               | Pueden requerirse derivaciones del médico                                                                                                                                  |
| <b>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                              | Usted paga el <b>15% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                   |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                               | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de apoyo en el hogar</b>         | <p>Su plan ofrece los siguientes servicios de apoyo en el hogar por parte de un proveedor contratado:</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 12 consultas cada año.</p> <p>Los servicios incluyen limpieza, tareas en el hogar y preparación de comidas, además de proporcionar asistencia para actividades de la vida diaria. Los servicios se proporcionan a través de un proveedor contratado. Se aplican limitaciones y restricciones.</p> | <p>Su plan ofrece los siguientes servicios de apoyo en el hogar por parte de un proveedor contratado, además de los que ofrece Medi-Cal:</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 12 consultas cada año.</p> <p>Los servicios incluyen limpieza, tareas en el hogar y preparación de comidas, además de proporcionar asistencia para actividades de la vida diaria. Los servicios se proporcionan a través de un proveedor contratado. Se aplican limitaciones y restricciones.</p> |
| <b>Crema y pañales para la incontinencia.</b> | <p>La crema para la incontinencia y los pañales <b>no</b> están cubiertos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por crema para la incontinencia y pañales, cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



|                                                           | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>    | <p>Para las admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga <b>\$800 de copago</b> por día para los días 1 al 3 por cada internación cubierta en el hospital.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por día para los días 4 al 90 por cada internación cubierta en el hospital.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> | <p>Para las admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada estadía en el hospital cubierta.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> |
| <b>Atención de salud mental para pacientes internados</b> | <p>Para las admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga <b>\$494 de copago</b> por día, durante los días 1 al 3 por cada internación cubierta en el hospital.</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por día, por los días 4 al 90 por cada internación cubierta en el hospital.</p> <p>Pueden requerirse remisiones del médico.</p>                                    | <p>Para las admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada estadía en el hospital cubierta.</p> <p><b>No</b> se requieren derivaciones.</p>                                            |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                           | 2022 (este año)                                                                                                                                                         | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b>                                                  | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                       | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                   |
| <b>Atención a largo plazo (LTC) en un centro de enfermería o en un centro de enfermería especializada</b> | El cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en un centro de enfermería o en un centro de enfermería especializada <b>no</b> está cubierto.                 | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) en un centro de enfermería o en un centro de enfermería especializada, cubierta por sus beneficios de Medi-Cal. |
| <b>Servicios sociales médicos.</b>                                                                        | Los servicios sociales médicos <b>no</b> están cubiertos.                                                                                                               | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por servicios sociales médicos, cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.                                                                                                  |
| <b>Suministros médicos</b>                                                                                | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por los suministros médicos cubiertos por Medicare.                                                                            | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada suministro médico cubierto por Medicare.                                                                                                                          |
| <b>EKG cubierto por Medicare después de los Servicios Preventivos de la visita de Bienvenida.</b>         | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés) cubierto por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada electrocardiograma cubierto por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.                                                                         |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2022 (este año)                                                                                            | 2023 (próximo año)                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Part B de Medicare</b>                                                                                                                                                                                                                                  | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por los servicios cubiertos por Medicare.                         | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por los servicios cubiertos por Medicare.                                                   |
| <b>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</b>                                                                                                                                                                                                                                            | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por los servicios cubiertos por Medicare.                         | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por los servicios cubiertos por Medicare.                                                   |
| <b>Transporte médico que no es de emergencia por Medi-Cal</b><br><b>(Transporte en ambulancia, furgoneta para silla de ruedas o furgoneta para beneficiarios que no pueden usar transporte público o privado para llegar a los servicios cubiertos de Medi-Cal y que necesitan asistencia para caminar) .</b> | El transporte médico que no es de emergencia por Medi-Cal <b>no</b> está cubierto por el plan de Medicare. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> para el transporte médico que no es de emergencia, cubierto por sus beneficios de Medi-Cal. |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                            | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Transporte médico que no es de emergencia (hacia/desde ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan)</b> | Usted paga <b>\$0 de copago</b> /del costo total por viajes ilimitados cada año. Se considera como viaje a un transporte de ida en taxi, servicios de transporte compartido o transporte en furgoneta a un centro de salud aprobado para el plan. Los viajes están limitados a 75 millas de ida o vuelta. Debe llamar con 72 horas de anticipación para programar un viaje. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> /del costo total por 48 viajes cada año. Se considera como viaje a un transporte de ida en taxi, servicios de transporte compartido o transporte en furgoneta a un centro de salud aprobado para el plan. Los viajes están limitados a 75 millas de ida o vuelta. Debe llamar con 72 horas de anticipación para programar un viaje.<br><br>Sus beneficios de Medi-Cal lo cubrirán una vez que se acabe el beneficio ofrecido por el plan de Medicare. |
| <b>Atención hospitalaria para pacientes internados no cubierta por Medicare</b>                                            | La atención hospitalaria de salud mental para pacientes internados no cubierta por Medicare <b>no</b> está cubierta.                                                                                                                                                                                                                                                        | Usted paga <b>\$0 de copago</b> para la atención hospitalaria para pacientes internados no cubierta por Medicare, cubierta por sus beneficios de Medi-Cal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Terapia ocupacional</b>                                                                                                 | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios para el tratamiento por uso de opioides</b>                                                                   | Pueden requerirse remisiones del médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>No</b> se requieren derivaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                         | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios</b> | <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>No</b> se requiere autorización previa.</p>                                      |
| <b>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</b>             | <p>Usted paga <b>\$120 de copago</b> por los servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare en caso de que entre en una sala de urgencias en estado de observación.</p> <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare cuando entra en observación a través de un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Pueden requerirse remisiones del médico.</p> | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por los servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p><b>No</b> se requieren derivaciones.</p> |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>              | <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                        |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                  | 2022 (este año)                                                                                                                            | 2023 (próximo año)                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios; servicios no psiquiátricos; sesiones grupales</b>     | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.     | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones.     |
| <b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios; servicios no psiquiátricos; sesiones individuales</b> | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones. |
| <b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios; servicios psiquiátricos; sesiones grupales</b>        | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.     | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones.     |
| <b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios; servicios psiquiátricos; sesiones individuales</b>    | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones. |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                             | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                         | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: sesiones grupales</b>     | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.                                                                                                                                  | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones.                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: sesiones individuales</b> | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.                                                                                                                              | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones.                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios</b>                                | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                                                       | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Artículos de venta libre</b>                                                             | Usted paga un <b>copago de \$0</b> . Usted recibe un beneficio de \$315 cada trimestre para comprar productos de venta libre (OTC) elegibles a través de pedidos por correo o en minoristas participantes.<br><br>El beneficio no se acumula para el siguiente período. | Usted paga un <b>copago de \$0</b> . Usted recibe un beneficio de \$260 cada trimestre para comprar productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) elegibles a través de pedidos por correo o en minoristas participantes.<br><br>El beneficio no se acumula para el siguiente período. |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                         | 2022 (este año)                                                                                                                          | 2023 (próximo año)                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de internación parcial</b>                                 | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>Pueden requerirse remisiones del médico.        | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>No</b> se requieren derivaciones.                           |
| <b>Terapia física y de patología del habla y del lenguaje</b>           | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                        | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.                                                                       |
| <b>Servicios de enfermería privada para miembros menores de 21 años</b> | Los servicios de enfermería privada para miembros menores de 21 años <b>no</b> están cubiertos.                                          | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por servicios de enfermería privada para miembros menores de 21 años cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal. |
| <b>Prótesis</b>                                                         | Usted paga el 20% del costo total por los dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare.                                               | Usted paga \$0 de copago por cada dispositivo prostético cubierto por Medicare.                                                                |
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>                             | Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>Es posible que se necesite autorización previa. | Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>No</b> se requiere autorización previa.                     |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



|                                                           | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención en un centro de enfermería especializada:</b> | <p>Para la admisión cubierta por Medicare, por período de beneficio:</p> <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por día, para los días 1 a 20 y \$178 de copago por día, para los días 21 a 100 para el cuidado de un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>Después del día 100: Usted es responsable de todos los costos.</p> <p>Pueden requerirse remisiones del médico.</p> | <p>Para la admisión cubierta por Medicare, por admisión:</p> <p>Del día 1 al día 100: Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>Después del día 100: usted paga un <b>copago de \$0</b>, cubierto por sus beneficios de Medi-Cal.</p> <p><b>No</b> se requieren derivaciones.</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                  | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI)</b> | <p>Usted debe cumplir con las pautas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan. Además, puede ser necesaria la participación en un programa de gestión de la atención médica con nuestro plan.</p> <p>Entrega de productos comestibles:</p> <p>Usted paga un <b>copago de \$0</b>. Si reúne los requisitos, puede recibir una membresía prepagada para el proveedor del servicio de entrega de alimentos del plan y hasta \$50 al mes para usar en artículos de alimentación aprobados por el plan. Hay un límite de pedido mínimo de \$35 por entrega. Al final del mes, los dólares de beneficios no utilizados no se transferirán.</p> | <p>Usted debe cumplir con las pautas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan. Además, puede ser necesaria la participación en un programa de gestión de la atención médica con nuestro plan.</p> <p>La entrega de comestibles no está cubierta.</p> <p>Usted paga un <b>copago de \$0</b>. Si reúne los requisitos, el 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 para su hogar. Los dólares de beneficios de la Flex Card 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"> <li>-Servicios de electricidad, gas, sanitarios y de agua</li> <li>-Servicio de telefonía fija</li> <li>-Servicio de televisión por cable</li> <li>-Determinados gastos derivados del petróleo</li> </ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                 | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                           | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b> | <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa.</p>                                                                           | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>No</b> se requiere autorización previa.</p>                                                                                        |
| <b>Servicios de radiología terapéutica</b>      | <p>Usted paga el <b>20% del costo total</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                  | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                          |
| <b>Servicios urgentemente necesarios</b>        | <p>Usted paga <b>\$65 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                          | <p>Usted paga <b>\$0 de copago</b> por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de Visión</b>                      | <p><b>No</b> se requieren derivaciones</p>                                                                                                                                                                                | <p>Pueden requerirse derivaciones del médico</p>                                                                                                                                                                         |
| <b>Cobertura de emergencia en todo el mundo</b> | <p>Usted paga <b>\$120 de copago</b> por cada servicio cubierto.</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia y urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> | <p>Usted paga <b>\$95 de copago</b> por cada servicio cubierto.</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia y urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                              | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                           | 2023 (próximo año)                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de atención urgente mundial</b> | <p>Usted paga <b>\$120 de copago</b> por cada servicio cubierto.</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia y urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> | <p>Usted paga <b>\$95 de copago</b> por cada servicio cubierto.</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia y urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.</p> |

## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web, <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, a través de los números que figuran en la parte inferior de la página, para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitar que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina “Lista de Medicamentos”.

Hemos implementado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Consulte la Lista de Medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si se aplicará alguna restricción.

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Consulte a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente que cubramos.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

- Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado a los números que figuran en la parte inferior de la página para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.
- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.
- Solicítenos la cobertura de un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal es un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y, en una farmacia de atención a largo plazo, un suministro de hasta 31 días. (En el **Capítulo 5** del *Manual del Afiliado* se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
  - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué debe hacer cuando se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la sección F del capítulo 9 del Manual del Afiliado para 2023 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
    - Si ha permanecido en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos por única vez un suministro de 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.
    - Si se traslada de un centro de atención a largo plazo o de una hospitalización a su hogar, cubriremos un suministro para 30 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total del medicamento).
    - Si se traslada de su hogar o de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total del medicamento). Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

- Algunas excepciones a la Lista de Medicamentos seguirán cubiertas el próximo año. Consulte la carta de aprobación que recibió. La carta de aprobación incluye información sobre sus límites específicos de aprobación de medicamentos y la fecha en que terminará la cobertura de medicamentos. Si decidimos no renovar su aprobación, le enviaremos una nueva carta al menos 60 días antes del final del año. Esta carta incluirá cuándo finalizará la aprobación específica de excepción de medicamentos y cómo solicitar una excepción. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la sección F del capítulo 9 del Manual del Afiliado para 2023 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

### **Cambios en los costos de los medicamentos que requieren receta médica**

**Cambiamos algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos se cambiaron de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos para todos los medicamentos cubiertos de la Part D.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                                                                               | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2023 (próximo año)                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Todos los medicamentos cubiertos de la Part D</b></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento de la Part D que se obtiene en una farmacia de la red</p> | <p>Medicamentos del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p> <p>Medicamentos del nivel 2 (medicamentos genéricos):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$20 por receta médica.</b></p> <p>Medicamentos del nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$47 por receta médica.</b></p> <p>Medicamentos del nivel 4 (medicamentos no preferidos):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es del <b>42% del costo total por receta médica.</b></p> <p>Medicamentos del nivel 5 (nivel de especialidad):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es del</p> | <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p> |



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|  | 2022 (este año)                                                                                                                                                                                                                  | 2023 (próximo año) |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  | <p><b>25% del costo total por receta médica.</b></p> <p>Medicamentos del nivel 6 (medicamentos de atención médica seleccionados):</p> <p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 por receta médica.</b></p> |                    |

## F. Cambios administrativos

|                               | 2022 (este año)                                                                                                             | 2023 (próximo año)                                                                                                    |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Su plan está cambiando</b> | Usted es miembro de Wellcare Plus (HMO) y elige un plan Medi-Cal separado, ofrecido a través de Health Net u otra compañía. | Usted es miembro de Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) y se lo asignará automáticamente al plan Health Net Medi-Cal. |

## G. Elegir un plan

### G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que permanezca como afiliado del plan. Usted no tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como afiliado de nuestro plan para el 2023.

### G2. Cambiar de planes

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que cuenta con Medi-Cal, es posible que pueda



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



cancelar su membresía 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 membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción anual** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía 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 membresía 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:

- Si usted se mudó fuera de nuestra área de servicios,
- Si sus requisitos de elegibilidad para Medi-Cal o Extra Help 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.

### **Sus servicios de Medicare**

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Otro plan de salud Medicare</b></p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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> <p><b>H.</b> Llame al 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 del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>.</p> <p><b>O BIEN</b></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.</p> <p>Su plan Medi-Cal puede cambiar.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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"> <li>• Llame al 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 del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li> </ul> <p><b>O BIEN</b></p> <p>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> <p><b>NOTA:</b> 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, 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 del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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"> <li>Llame al 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 del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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 preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

---

## H. Obtener ayuda

### H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado a través de los números que figuran en la parte inferior de la página. Estas llamadas son gratuitas.

#### **Lea su *Manual del Afiliado***

Su *Manual del Afiliado* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para el 2023. Explica sus derechos y las reglas a cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos.

El *Manual para Miembros* del 2023 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada del *Manual del Afiliado* en nuestro sitio web, <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, a los números que figuran en la parte inferior de la página, para solicitar que le enviemos un *Manual del Afiliado* del 2023 por correo.

#### **Nuestro sitio web**

Puede visitar nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra Lista de Medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

### H2. Programa de orientación y defensa de los seguros de salud (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP). En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés). Los asesores del HICAP (por sus siglas en inglés) también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan 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. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

### H3. Programa de defensoría

El Programa de defensoría de Health Consumer Alliance puede ayudarlo si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios de defensoría son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. Programa de defensoría de Health Consumer Alliance:

- Actúa como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer.
- Se asegura de que usted cuente con la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de defensoría de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

### H4. Medicare

Para obtener información directamente 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.

#### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si elige cancelar su afiliación a nuestro plan y afiliarse a otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” (Buscar planes)).

#### Medicare y Usted 2023

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2023*. Todos los años en 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, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. El manual también está disponible en español, chino y vietnamita.



---

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o por teléfono 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.

## H5. California Department of Managed Health Care

El Departamento de atención médica administrada de California (DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas en relación con los servicios de Medi-Cal. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud, al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y usarán el proceso de queja de su plan de salud antes de contactar al 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 en su plan de salud 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 de habla. El sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.

## Aviso de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare by Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare by Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare by Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los siguientes:
  - o Intérpretes de lengua de señas calificados
  - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - o Intérpretes calificados
  - o Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare by Health Net llamando al **1-800-431-9007**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net  
21281 Burbank Blvd.  
Woodland Hills, CA 91367  
**1-800-431-9007**  
**TTY: 711**

## Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare by Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Wellcare by Health Net llamando al **1-866-458-2208**. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:  
Wellcare Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103
- **En persona:** Acuda al consultorio de su médico o a Wellcare by Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de Wellcare by Health Net en **[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)**.



## Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Servicios de Salud de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela 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 [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**العربية (Arabic):** انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ភាសាខ្មែរ (Cambodian):** ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាសំអ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

**فارسی (Farsi):** توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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。 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Laotian):** ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

**Mienh (Mien):** Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog (Tagalog):** PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

**ภาษาไทย (Thai):** **หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Українська (Ukrainian):** УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.