



2023

Resumen de beneficios

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H0562 | 121

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

H3561 | 001

Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. Para solicitar una copia, llame a 1-844-917-0175 (TTY 711): Atendemos de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no está pagada por Medicaid o por un tercero. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye estos condados en California: Fresno, Kern, Madera, Orange, San Francisco, y Tulare.

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

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También debe estar inscrito en Medicaid de California. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar con base en su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o en el nivel de Ayuda adicional que reciba. Su prima de la Parte B la paga el estado de California para quienes están inscritos con una dualidad total. Comuníquese con el plan para más detalles.

Comprender la elegibilidad doble

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con costos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura adicional para atención médica y respaldo financiero con base en su nivel de ayuda según el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Lo que usted pague por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para el pago de sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid y no por Medicare.

Los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP) son planes de Medicare Advantage especializados que proporcionan beneficios de atención médica a beneficiarios que tienen cobertura de Medicare y Medicaid. Los beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y recursos con elegibilidad y alcance de los beneficios ofrecidos según los determina el estado en donde se ofrece el plan.

Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

- **Beneficiario con elegibilidad doble para beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede pagar sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. Los beneficiarios elegibles también reciben beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid pagará sus primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare. (Algunas personas que son QMB, también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid también absorberá el costo de sus primas de la Parte B de Medicare. Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid (SLMB+).
- **Beneficiario calificado (Qualified Individual, QI):** Medicaid pagará los costos relacionados con la Parte B de Medicare
- **Beneficiario incapacitado y empleado calificado (Qualified Disabled Working Individual, QDWI):** Medicaid pagará los costos relacionados con Parte A de Medicare

Nota: Algunos niveles de MSP automáticamente califican para “Ayuda adicional” para asistencia de cobertura de Medicare para medicamentos con receta. Algunos estados no cubren los costos compartidos de las Partes A y B.

¿Qué es la “Ayuda adicional”?

Es posible que esté disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS); también conocido como “Ayuda adicional”, con el fin de ayudarlo con los gastos de paga de su bolsillo como la Parte D como, primas, deducibles, coseguro o copagos. Muchas personas califican para el programa de “Ayuda adicional” y ni siquiera lo saben. Recuerde que la asistencia también puede ser según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su estado de doble elegibilidad.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y sobre a cuáles beneficios tiene derecho, llame al número que figura en la contraportada de este documento.

Este plan está disponible para cualquier persona que reciba asistencia médica del estado y de Medicare.

Las Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Las HMO generalmente requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) para coordinar la atención y, si necesita un

especialista, el PCP elegirá uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le brindan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite www.wellcare.com/healthnetCA. (Tenga en cuenta que, a excepción de la atención de emergencia, la atención de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos).

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura de medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-917-0175. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias). Visítenos en www.wellcare.com/healthnetCA.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) Llame a Servicios para los miembros si necesita la información del plan en otro formato.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) incluye estos condados en California: Fresno, Kern, Madera, Orange, San Francisco, y Tulare.</p> <p>H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) incluye estos condados en California: Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento, y Stanislaus.</p>	
Requisitos de elegibilidad para los planes de necesidades especiales	<p>H0562121000 incluye (FBDE, QMB+, SLMB+) y H3561001000 incluye (FBDE, QMB+, SLMB+).</p> <p>Consulte "Niveles del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)" que está al principio de este documento.</p>	
<p>Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según su categoría de beneficiario de Medicaid y/o del nivel de Ayuda adicional que reciba</p>		
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	<p>\$0</p> <p>Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.</p>
Deducible	Sin deducible	Sin deducible

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,300 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.	\$8,300 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. ▪ *	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. ▪ *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos ▪ *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (monografías), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas antigripales), vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo)	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de urgencia necesarios	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.	\$95 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imagen	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.
Servicios de laboratorio	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Radiografías como paciente externo	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de radiología de diagnóstico (ej. resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Radiología terapéutica	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios auditivos		
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago ▪ * 1 examen cada año	\$0 de copago ▪ * 1 examen cada año
Aparatos auditivos		
Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	\$0 de copago ▪ * 1 ajuste/evaluación cada año	\$0 de copago ▪ * 1 ajuste/evaluación cada año

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
<p>Crédito para audífonos</p> <p>Todos los tipos</p>	<p>Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos.</p> <p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Se limita a 2 audífono(s) cada año</p>	<p>Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos.</p> <p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ * <p>Se limita a 2 audífono(s) cada año</p>
<p>Información adicional sobre audición</p>	<p>Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.</p>	<p>Qué debe saber: Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales integrales cubierto por Medicare</p> <p>Servicios de restauración</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>1 servicio(s) de restauración Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> * <p>1 servicio(s) de restauración Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.</p>

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p>\$0 de copago *</p> <p>Prostodoncia: los servicios cubiertos incluyen el rebasado de dentadura postiza una vez por arco cada dos años calendario. Los pónicos son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario.</p>	<p>\$0 de copago *</p> <p>Prostodoncia - Los servicios cubiertos incluyen rebase de la dentadura una vez por arco cada dos años calendario. Los pónicos dentales son un beneficio cubierto del mismo diente una vez cada cinco años calendario.</p>
Atención de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	<p>\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare)</p> <p>\$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p> <p>■</p> <p>*</p>	<p>\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare)</p> <p>\$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p> <p>■</p> <p>*</p>
Examen de la vista de rutina (Refracción)	<p>\$0 de copago</p> <p>■</p> <p>*</p> <p>1 examen cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>■</p> <p>*</p> <p>1 examen cada año</p>
Prueba de detección de glaucoma	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>■</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>■</p>

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos Crédito para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago ▪ * Hasta \$400 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.	\$0 de copago ▪ * Hasta \$400 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consultas como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *	Días 1-90: \$0 de copago por admisión. *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por admisión. *	Días 1-100: \$0 de copago por admisión. *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de terapia y rehabilitación		
Servicios de terapia y rehabilitación	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago ▪	\$0 de copago ▪
Ambulancia		
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de transporte	Por hasta un máximo de 48 viajes de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *	Por hasta un máximo de 48 viajes de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan. \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
	<p>Lo que debe saber:</p> <p>Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.</p>	<p>Lo que debe saber:</p> <p>Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos para quimioterapia</p>	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *	\$0 de copago *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Deducible anual para medicamentos con prescripción	\$0	
Suministro de 30 o 90 días de una farmacia minorista de la red		
Todos los medicametos cubiertos	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días	

Medicare aprobó Wellcare by Health Net para proporcionar estos beneficios y/o copagos/coseguros más bajos como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage. Si tiene preguntas o necesita ayuda para comprender estos beneficios, llame al número que figura en la contraportada de este Resumen de beneficios.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de quiropráctica de rutina	\$0 de copago ▪ * 24 consulta(s) cada año	\$0 de copago ▪ * 24 consulta(s) cada año
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *
Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago ▪ * Se limita a 24 consulta(s) cada año.	\$0 de copago ▪ * Se limita a 24 consulta(s) cada año
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Con cobertura de Medicare	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de podiatría de rutina	\$0 de copago ▪ * 12 consulta(s) cada año	\$0 de copago ▪ * 12 consulta(s) cada año
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
Atención médica a domicilio	\$0 de copago ▪ *	\$0 de copago ▪ *

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Comidas		
Comidas posteriores al cuidado intensivo	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.
Comidas para enfermos crónicos	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer la transición de los miembros con enfermedades crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días, para un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir hasta por 3 meses.	\$0 de copago ■ Lo que debe saber: No paga nada por las comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para hacer la transición de los miembros con enfermedades crónicas a modificaciones en el estilo de vida. Los miembros reciben 3 comidas al día durante un máximo de 28 días, para un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir hasta por 3 meses.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Equipo/insumos médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Dispositivos protésicos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago * Es posible que apliquen algunas limitaciones.	\$0 de copago * Es posible que apliquen algunas limitaciones.
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Artículos sin receta (Over-the-Counter, OTC)	\$0 de copago El beneficio máximo es \$220 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado.	\$0 de copago El beneficio máximo es \$220 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
	<p>Lo que debe saber:</p> <p>Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711) - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/healthnet 	<p>Lo que debe saber:</p> <p>Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711) - Haga su pedido a través del catálogo en línea en: www.cvs.com/otchs/healthnet
Programas de bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.
Acondicionamiento físico	\$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico	\$0 de copago La cobertura incluye: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
	<p>Lo que debe saber:</p> <p>El beneficio de este plan brinda una membresía a un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usarse en una variedad de gimnasios más grandes o en estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros podrán usar hasta 32 créditos cada mes. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas y videos para el acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>Lo que debe saber:</p> <p>El beneficio de este plan brinda una membresía a un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usarse en una variedad de gimnasios más grandes o en estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros podrán usar hasta 32 créditos cada mes. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas y videos para el acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y de consumir tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Se limita a 5 consulta(s) cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Se limita a 5 consulta(s) cada año</p>

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Examen físico de rutina anual adicional	\$0 de copago Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico/familiar detallado, una evaluación detallada de pies a cabeza con un examen práctico de todos los sistemas corporales, recomendaciones para evaluaciones/atención de tipo preventivo y asesoría sobre los comportamientos saludables y va más allá de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar.	\$0 de copago Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico/familiar detallado, una evaluación detallada de pies a cabeza con un examen práctico de todos los sistemas corporales, recomendaciones para evaluaciones/atención de tipo preventivo y asesoría sobre los comportamientos saludables y va más allá de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica a emergencias personales (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (Special Supplementary Benefits for Chronically Ill, SSBCI) Estos beneficios complementarios solo están disponibles para miembros de alto riesgo, miembros que tienen una afección crónica y que cumplen con requisitos adicionales de elegibilidad: tener documentación de un diagnóstico	Tarjeta Flex Card de servicios: usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$75 al mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios para su hogar. Aplican limitaciones. ▪ * Lo que debe saber: Los beneficios que se mencionan pueden ser parte de los Beneficios	Tarjeta Flex Card de servicios: usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$75 al mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios para su hogar. Aplican limitaciones. ▪ * Lo que debe saber: Los beneficios que se mencionan pueden ser parte de los Beneficios

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (▪) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
activo de una o más afecciones específicas que ponen en riesgo la vida o que limitan de manera significativa la salud en general o el funcionamiento de dichos miembros Y que tienen un riesgo elevado de ser hospitalizados Y que requieren una administración intensiva de su salud. Se puede encontrar información adicional, incluidas las condiciones que permiten calificar para estos beneficios en la Evidencia de cobertura o si se llama a Servicios para los miembros.	complementarios especiales para las personas que tienen alguna enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán para ellos.	complementarios especiales para las personas que tienen alguna enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán para ellos.
Tarjeta para alimentos saludables Medicare aprobó a Wellcare a proporcionar estos beneficios como parte del programa de Diseño del seguro con base en el valor. Este programa permite que Medicare pruebe maneras nuevas de mejorar los planes de Medicare Advantage.	Usted recibe un crédito de \$50 al mes para gastar en productos de abarrotes elegibles en tiendas minoristas que participen. Este crédito no se acumula con el del próximo mes.	Usted recibe un crédito de \$25 al mes para gastar en productos de abarrotes elegibles en tiendas minoristas participantes. Este crédito no se acumula con el del próximo mes.

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Beneficios Adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Servicios de apoyo a domicilio	<p>\$0 de copago por cada visita de servicios de apoyo en el hogar. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p>Lo que debe saber:</p> <p>Puede recibir servicios de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de servicios de apoyo en el hogar. Hasta 12 consultas cada año.</p> <p>Lo que debe saber:</p> <p>Puede recibir servicios de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.</p>

La marca de un asterisco () colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

La marca de un cuadro (■) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una remisión.

Declaración amplia por escrito para futuros afiliados

Los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP). Para cada uno de los beneficios enumerados, puede ver lo que nuestro plan cubre. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este *Resumen de beneficios* depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Sin importar cuál sea su nivel de elegibilidad para Medicaid, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) cubrirá los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios*. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y sobre cuáles son los beneficios a los que tiene derecho, llame a California Medi-Cal (Medicaid) al número gratuito de 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-896-2512).

Nuestra fuente de información sobre beneficios de Medicaid <https://www.benefits.gov/benefit/1620>. Todos los servicios cubiertos por Medicaid están sujetos a cambiar en cualquier momento. Para conocer la información más actualizada de cobertura de Medicaid de California, consulte <https://www.benefits.gov/benefit/1620> o llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda. Se puede encontrar información detallada de los beneficios de Medicaid de California en el Resumen de Servicios en línea de California de <https://www.benefits.gov/benefit/1620>.

Anexo H: Servicios de Medi-Cal integrados y eliminados de la Atención administrada de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care) 1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2026¹

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de acupuntura	Servicios de otros profesionales de la salud y servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura estarán limitados al tratamiento llevado a cabo para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor crónico intenso y persistente debido a una afección médica generalmente reconocida.	X	
Servicios audiológicos	Servicios de audiología	Los servicios audiológicos están cubiertos cuando los brindan personas que cumplen los requisitos adecuados	X	
Tratamiento de salud conductual (Behavioral Health Treatment, BHT)	Servicios preventivos: EPSDT	La provisión de servicios de salud conductual, médicamente necesarios, a miembros elegibles de Medi-Cal que sean menores de 21 años de edad, según lo requieren el plan del estado y el mandato de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).	X₂	
Sangre y productos derivados de la sangre	Sangre y productos derivados de la sangre	Un centro que recoge, almacena y distribuye sangre humana y productos derivados de esta. Cubre la certificación de la sangre ordenada por un médico o centro donde se administre la transfusión.	X	
Servicios para niños de California (California Children Services, CCS)	Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	Servicios para niños de California (California Children Services, CCS) se refiere a aquellos servicios autorizados por el programa de Servicios para niños de California para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de un miembro específico que sean elegibles para los Servicios para niños de California.	X₃	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Profesional certificado de enfermería familiar con práctica médica	Servicios de profesionales certificados de enfermería familiar con práctica médica	Un profesional certificado de enfermería familiar con práctica médica que brinda servicios dentro del alcance de su especialización.	X	
Servicios de profesional certificado de enfermería pediátrica con práctica médica	Servicios de profesional certificado de enfermería pediátrica con práctica médica	Cubre la atención a madres y recién nacidos, a través del ciclo de la maternidad, durante el embarazo, las labores de parto, el nacimiento y el período inmediato de posparto, sin exceder seis semanas; también puede incluir servicios de atención primaria.	X	
Administración de casos de intoxicación infantil por plomo (proporcionados por los departamentos de salud locales del condado) (Local County Health Departments)	Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	Un caso de intoxicación infantil por plomo (a efectos del inicio de la atención administrada) se define como un niño de una edad comprendida entre su nacimiento y los 21 años, con un nivel de plomo en sangre venosa (venous blood lead level, BLL) igual o superior a 15 µg/dL, o dos resultados de BLL iguales o superiores a 10 µg/dL, obtenidos con un mínimo de 30 días calendario de separación y un máximo de 600 días de separación. La primera muestra no es imprescindible que sea de sangre venosa, pero la segunda muestra sí deberá ser de sangre venosa.	X	
Servicios de quiropráctica	Servicios de quiroprácticos	Los servicios brindados por quiroprácticos que actúen dentro del alcance de su especialidad, tal como autorizan las leyes de California, están cubiertos, siempre y cuando dichos servicios estén limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual.	X⁴	
Hemodiálisis crónica	Hemodiálisis crónica	Procedimiento usado para tratar la insuficiencia renal; solo está cubierto como servicio para pacientes externos. Se extrae la sangre del cuerpo a través de una vena, y se hace circular por el interior de una máquina que filtra los productos de desecho y el exceso de fluidos presentes en la sangre. La sangre "limpia" se introduce de nuevo en el cuerpo. Crónica significa que este procedimiento se lleva a cabo con	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		<p>regularidad. Es necesaria autorización previa cuando la proporcionan centros de diálisis renal o unidades de hemodiálisis de la comunidad.</p>		
<p>Servicios basados en la comunidad, para adultos (Community Based Adult Services, CBAS)</p>		<p>Servicios combinados de CBAS: Programa de servicios para pacientes externos, a través de centros que brindan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidados personales, capacitación y apoyo a la familia/cuidador, comidas y transporte a los beneficiarios de Medi-Cal que cumplan los requisitos.</p> <p>Servicios no combinados de CBAS: Las partes que componen los servicios brindados por los centros basados en la comunidad, recibidos fuera de esos centros, bajo ciertas condiciones.</p>	X	
<p>Trabajadores de salud comunitaria (Community Health Workers)</p>	<p>Servicios preventivos</p>	<p>Servicios preventivos brindados por trabajadores de salud comunitaria, promotores de salud y representantes de salud comunitaria no certificados, para prevenir las enfermedades, las discapacidades y otros problemas de salud, o su progresión.</p>	X₆	
<p>Servicios perinatales integrales</p>	<p>Servicios extensivos para mujeres embarazadas; servicios relativos al embarazo y posparto</p>	<p>Servicios perinatales integrales se refiere a servicios de obstetricia, psicosociales, de nutrición y de educación para la salud, así como la coordinación de casos relacionada que se brindan durante el embarazo y hasta 12 meses después del último día de embarazo.</p>	X	
<p>Servicios dentales (Cubiertos por Medi-Cal)</p>		<p>Servicios profesionales llevados a cabo o proporcionados por dentistas, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de dientes humanos mal posicionados, de enfermedades o defectos del proceso alveolar, de las encías, mandíbulas y estructuras vinculadas; el uso de medicamentos administrados en el consultorio médico, anestésicos y</p>	X₆	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		evaluación física; las interconsultas; las consultas en el domicilio, en el consultorio y en instituciones.		
Servicios diádicos		Evaluación que integra la salud conductual y física, así como servicios para el niño, el cuidador y la familia.	X ⁶	
Servicios de doula		Apoyo personal por proveedores no certificados para beneficiarias embarazadas y sus familias durante el embarazo, el parto y el período posparto.	X ⁶	
Equipo médico duradero	Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Dispositivos y suministros médicos de asistencia. Cubiertos con receta médica; requieren autorización previa.	X	
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT)	EPSDT	El programa de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es el programa de beneficios de Medicaid para niños y adolescentes que proporciona un conjunto integral de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para lactantes, niños y adolescentes menores de 21 años con bajos ingresos, según especifica la Sección 1905(r) de la Ley del seguro social (Social Security Act).	X	
Medicamentos para la disfunción sexual y/o eréctil		Los medicamentos cuya única indicación aprobada por la Administración de alimentos y medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) sea el tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil no están incluidos entre los beneficios del programa. Los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil, además de otra u otras indicaciones, forman parte de los beneficios únicamente si el medicamento se usa para una indicación aprobada por la FDA que no sea el		X

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil.		
Prueba de alfafetoproteína extendida, administrada por la sección de enfermedades genéticas del Departamento de salud pública de California (California Department of Public Health, CDPH)		Un sencillo análisis de sangre que se recomienda a todas las mujeres embarazadas para detectar si su feto tiene determinadas anomalías genéticas, como defectos del tubo neural abierto, síndrome de Down, anomalías cromosómicas y defectos en la pared abdominal del feto.		X
Anteojos, lentes de contacto, ayudas para la baja visión, prótesis oculares y otros dispositivos para la visión	Anteojos, lentes de contacto, ayudas para la baja visión, prótesis oculares y otros dispositivos para la visión	Los dispositivos para la visión están cubiertos si se tiene una receta válida de un médico o un optometrista.	X7	
Centros de salud calificados federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) (Solo servicios cubiertos por Medi-Cal)	FQHC	Servicios descritos en la Sección 1396d(a)(2)(C) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, proporcionados por una entidad definida en la Sección 1396d(l)(2)(B) del Título 42 del Código de los Estados Unidos.	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Audifonos	Audifonos	Los audifonos únicamente están cubiertos cuando los suministra un distribuidor de audifonos con la receta de un otorrinolaringólogo, o del médico principal cuando no hay un otorrinolaringólogo disponible en la comunidad, además de una evaluación audiológica que incluya una evaluación de los audifonos que debe ser realizada, o bien por el médico arriba mencionado o bajo su supervisión, o bien por un audiólogo certificado.	X	
Servicios a domicilio y basados en la comunidad bajo el programa de exención, §1915(c). No incluye los servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)		Los servicios a domicilio y basados en la comunidad amparados por la exención se proporcionarán y reembolsarán como beneficios cubiertos por Medi-Cal, únicamente: (1) Durante la vigencia de la exención aprobada federalmente que sea aplicable; (2) En la medida en que los servicios se establezcan en la exención aplicable aprobada por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (HHS), y (3) En la medida en que el Departamento pueda reclamar y recibir un reembolso procedente de fondos federales para estos servicios.	X	
Servicios de agencias de atención médica a domicilio	Servicios médicos a domicilio - Agencia de atención médica a domicilio	Los servicios de agencias de atención médica a domicilio están cubiertos según se especifica a continuación, cuando los prescriba un médico, un asistente médico, un enfermero con práctica médica o un especialista en enfermería clínica, y se proporcionen en el domicilio del beneficiario, de acuerdo con un plan de tratamiento por escrito que el médico debe revisar cada 60 días.	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de agencias de atención médica a domicilio	Servicios médicos a domicilio - Agencia de atención médica a domicilio	Cubre los servicios de enfermería especializada u otros servicios profesionales en el domicilio, incluyendo servicios a tiempo parcial e intermitentes de enfermería especializada, asistentes de ayuda a domicilio, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de terapia del habla y de audiología, y servicios de asistencia social médica prestados por trabajadores sociales.	X	
Servicios médicos a domicilio – Servicios de farmacia – Nutrición total enteral y parenteral bajo Medi-Cal Rx.	Servicios médicos a domicilio	Productos nutricionales médicamente necesarios debido a una enfermedad crónica o un traumatismo para pacientes que no puedan alimentarse por vía oral, y cuando se usen como régimen terapéutico para prevenir discapacidades importantes o la muerte en pacientes con enfermedades diagnosticadas médicamente que impidan el uso pleno de alimentos comunes, y aparezcan facturados por una farmacia en un reclamo de farmacia, entre los que se incluyen la fórmula, las bombas, los tubos y las subcategorías generales, tal como se describen en las cartas de los planes de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx All Plan Letter) (APL 20-020).	X	
Servicios médicos a domicilio – Otros servicios de farmacia – Nutrición total enteral y parenteral	Servicios médicos a domicilio	Productos nutricionales médicamente necesarios debido a una enfermedad crónica o un traumatismo para pacientes que no puedan alimentarse por vía oral, y cuando se usen como régimen terapéutico para prevenir discapacidades importantes o la muerte en pacientes con enfermedades diagnosticadas médicamente que impidan el uso pleno de alimentos comunes, y aparezcan facturados en reclamos médicos e institucionales, tal como se describen en las cartas de los planes de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx All Plan Letter) (APL 20-020).	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Atención en un hospicio	Atención en un hospicio	Cubre servicios limitados para personas certificadas como enfermos terminales, tal como se establece en el Título 42, Parte 418, Subparte B del Código de Regulaciones Federales (Title 42, CFR Part 418, Subpart B) y que voluntariamente, o bien directamente, o bien a través de su representante, manifiesten su deseo de recibir dichos beneficios en lugar de otra atención médica que se especifica.	X	
Servicios del Departamento de pacientes externos de un hospital y Servicios clínicos organizados para pacientes externos	Servicios del Departamento de pacientes externos de un hospital y Servicios clínicos organizados para pacientes externos	Una organización administrativa, con un calendario establecido, que permite a los pacientes externos recibir atención por parte de un profesional de la salud. Brinda la oportunidad de llevar a cabo consultas, investigación y tratamientos básicos.	X	
Medicamentos contra el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA		Medicamentos contra el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA que están incluidos en el Manual de los proveedores de Medi-Cal		X
Histerectomía	Servicios de hospitalización para pacientes internados	Con la excepción de mujeres que ya fueran estériles, una histerectomía que no sea de emergencia puede estar cubierta únicamente si: (1) La persona responsable de obtener la autorización para llevar a cabo la histerectomía ha informado a la persona que la solicita, y a los representantes de dicha persona, si los hay, verbalmente y por escrito, de que la histerectomía dejará a esa persona permanentemente estéril; (2) La persona solicitante y los representantes de dicha persona, si los hay, han firmado un reconocimiento, por escrito, de haber recibido la información recogida en el punto (1) que precede, y (3) Se ha informado a la persona solicitante de su derecho a consultar con un segundo médico. Una histerectomía de emergencia puede estar cubierta, únicamente, si el médico certifica, o bien sobre el	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		<p>formulario de reclamo, o bien en un anexo a este, que la histerectomía se llevó a cabo debido a una situación de emergencia con riesgo de muerte, en la que el médico determinó que el reconocimiento previo por escrito no era posible e incluye una descripción de la naturaleza de la emergencia.</p>		
<p>Servicios médicos para indios americanos (únicamente servicios cubiertos por Medi-Cal)</p>		<p>Indio americano significa cualquier persona que sea elegible según las leyes y regulaciones federales (Secciones 1603c, 1679b y 1680c del Título 25 del Código de los Estados Unidos) (25 U.S.C. Sections 1603c, 1679b, and 1680c). Cubre servicios médicos proporcionados directamente por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, el Servicio de salud para los indios americanos o un programa de salud tribal o urbano con fondos del Servicio de salud para los indios americanos, con el fin de proporcionar servicios médicos a personas elegibles, o bien directamente, o bien a través de contratos.</p>	X	
<p>Servicios de hospitalización para pacientes internados</p>	<p>Servicios de hospitalización para pacientes internados</p>	<p>Cubre los servicios de parto y la hospitalización de recién nacidos; los servicios de emergencia sin autorización previa, y cualquier hospitalización que se considere médicamente necesaria, con autorización previa.</p>	X	
<p>Servicios de laboratorio, radiológicos y de radioisótopos</p>	<p>Servicios de laboratorio, radiografías y pruebas de laboratorio, servicios radiológicos y de radioisótopos</p>	<p>Cubre los exámenes, las pruebas y los servicios terapéuticos ordenados por un profesional de la salud certificado.</p>	X⁶	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de comadrona certificada	Servicios de otros profesionales de la salud y servicios de comadrona certificada	Los siguientes servicios estarán cubiertos como servicios de comadrona certificada bajo el Programa Medi-Cal cuando los brinde una comadrona certificada: (1) Atención en casos de partos sin complicaciones y (2) Provisión de cuidados prenatales, durante el parto y en el posparto, incluyendo la atención de planificación familiar, para la madre, y los cuidados inmediatos para el recién nacido.	X	
Servicios de la Agencia educativa local (Local Education Agency, LEA)	Servicios del Programa de Opción de facturación de la Agencia educativa local de Medi-Cal	Evaluación de salud y salud mental de la Agencia educativa local, y servicios educativos de salud y salud mental, que pueden incluir todo o parte de lo siguiente: (A) Evaluación nutricional y educación sobre nutrición, consistente en evaluación y educación sobre nutrición fuera del entorno escolar, brindadas a un beneficiario elegible para la Agencia educativa local, con base en el resultado de la evaluación de salud nutricional (dieta, forma de alimentación, valores de laboratorio y crecimiento); (B) Evaluación de la visión, consistente en el examen de la agudeza visual de lejos, realizada mediante la prueba Snellen; (C) Evaluación auditiva, consistente en pruebas para detectar discapacidades auditivas, usando criterios de riesgo y técnicas de detección adecuadas, según se define en la Sección 2951(c) del Título 17 del Código de Regulaciones de California (Title 17, California Code of Regulations, Sections 2951(c)); (D) Evaluación del desarrollo, consistente en el examen del nivel de desarrollo mediante la revisión de los logros de desarrollo en comparación de las normas esperadas según la edad y las circunstancias personales; (E) Evaluación del estatus psicosocial, consistente en la evaluación de la capacidad funcional cognitiva, emocional, social y conductual, así como de autopercepción, a través de pruebas, entrevistas y evaluaciones conductuales, y (F) Educación para la salud y orientación temprana, adecuadas a la edad y al estado de salud,	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		<p>consistentes en educación para la salud fuera del entorno escolar, y en orientación temprana basada en la edad y la educación para la salud adecuada según el desarrollo.</p>		
<p>Servicios de Centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)</p>		<p>Atención médicamente necesaria en un centro o en un entorno de atención a largo plazo, incluyendo todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), incluyendo una parte específica o una unidad de un hospital; • Centro de cuidados intermedios (Intermediate Care Facility, ICF); • Centro de cuidados intermedios para discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD); • Centro de cuidados intermedios para discapacidades del desarrollo / Habilitativo (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled with Habilitative, ICF-DDH); • Centro de cuidados intermedios para discapacidades del desarrollo con servicios de enfermería (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled with Nursing, ICF-DDN); • Centro de cuidados subagudos; • Centro pediátrico de cuidados subagudos. 	<p>Antes del 1/1/2023: X^{9,10,11}</p> <p>Después del 1/1/2023: X</p>	
<p>Servicios de atención por abuso de sustancias tóxicas de Medi-Cal</p>	<p>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas</p>	<p>Tratamiento médicamente necesario por abuso de sustancias tóxicas para beneficiarios elegibles. Incluye servicios de asesoramiento y terapia conductual relativos a los medicamentos químicos y biológicos cubiertos, en cumplimiento de la Ley de prevención de trastornos por abuso de sustancias tóxicas que promueve la recuperación y el tratamiento por opioides para pacientes y</p>		<p>X</p>

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Suministros médicos	Suministros médicos	comunidades (Substance Use-Disorder Prevention that Promotes Opioid Recovery and Treatment for Patients and Communities Act, SUPPORT Act). Suministros médicamente necesarios, cuando los recete un profesional de la salud certificado. No incluye los suministros médicos transferidos a Medi-Cal Rx, que estén facturados por una farmacia dentro de un reclamo de farmacia que incluya suministros médicos descritos en las cartas de los planes de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx All Plan Letter) (APL 20-020).	X	
Servicios de transporte médico y no médico (Non-Medical Transportation, NMT)	Transporte: Servicios de transporte médico y no médico (Non-Medical Transportation, NMT)	Cubre los servicios de transporte en ambulancia, en camioneta con cama o en camioneta con silla de ruedas, cuando el estado físico y médico del beneficiario haga que el transporte por medios comunes, públicos o privados, esté médicamente contraindicado y el transporte se requiera para el propósito de obtener atención médica necesaria. El transporte no médico (Non-Medical Transportation, NMT) es el transporte en un vehículo público o privado para los beneficiarios que no dispongan de otro medio para acudir a su cita.	X	
Servicios de enfermero anestesista	Servicios de otros profesionales de la salud y servicios de enfermero anestesista	Cubre los servicios de anestesiología llevados a cabo por un enfermero anestesista, dentro del alcance de su especialidad certificada.	X	
Servicios de enfermería obstétrica	Servicios de enfermería obstétrica	Enfermera registrada con estudios médicos avanzados que cuenta con capacitación y estudios especializados, tanto en enfermería como en la atención al embarazo y el parto, está capacitada en obstetricia, y brinda atención médica a las madres y los recién nacidos durante todo el ciclo de la maternidad: embarazo, trabajos de parto, parto y el período inmediato de posparto, que no excederá de seis semanas.	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de optometría	Servicios de optometristas	Cubre los exámenes de los ojos y las recetas para lentes correctivas.	X	
Cirugías de trasplante de órganos y médula ósea	Trasplante	Cirugías médicamente necesarias para el trasplante de órganos y médula ósea entre donante y receptor para trasplantes entre donantes y receptores adultos y pediátricos, incluyendo los servicios vinculados, tales como la obtención de órganos y la atención médica a donantes vivos.	X	
Salud mental para pacientes externos	Salud mental para pacientes externos	<p>Servicios provistos por profesionales de la salud certificados que actúen dentro del alcance de su especialidad certificada, para adultos y niños diagnosticados de una afección mental según la definición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders que disminuya o altere, de manera entre leve y moderada, su función mental, emocional o conductual. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos de salud mental para trastornos potenciales de salud mental que aún no se hayan diagnosticado • Pruebas de detección e intervenciones de salud conductual • Evaluación y tratamientos de salud mental, incluyendo psicoterapia individual, familiar y grupal • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas, cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una enfermedad mental. 	X¹²	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes externos con el fin de monitorear la terapia con medicamentos • Consulta psiquiátrica • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes externos • Servicios de salud mental para beneficiarios con una edad igual o superior a 21 años, con una alteración mental entre leve y moderada o una disminución, entre leve y moderada, de su función mental, emocional o conductual, como resultado de trastornos mentales, según los define el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) vigente • Servicios de salud mental para beneficiarios con una edad inferior a 21 años, independientemente del nivel de alteración, disminución funcional o presencia de un diagnóstico, a no ser que el beneficiario cumpla los requisitos para recibir Servicios especializados de salud mental 		
Servicios clínicos organizados para pacientes externos	Servicios clínicos y Servicios clínicos organizados para pacientes externos	Los servicios amparados por la exención para la atención médica a domicilio y la exención para servicios en centros de cuidados están cubiertos cuando los prescriba un médico y se proporcionen al beneficiario en su lugar de residencia, de acuerdo con un plan de tratamiento por escrito que indique la necesidad de atención médica a domicilio en virtud de la exención, o de servicios amparados por la exención en un centro de cuidados, y se ajusten a un acuerdo escrito entre el Departamento y el proveedor del servicio.	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de desintoxicación de la heroína para pacientes externos	Servicios de desintoxicación de la heroína para pacientes externos	Puede cubrir cierta cantidad de medicamentos y tratamientos que permitan que una persona a la que se ha decidido no ingresar como paciente internado pueda desenvolverse en la vida diaria. Los servicios electivos de rutina para la desintoxicación de la heroína están cubiertos, sujetos a autorización previa, únicamente como servicio para pacientes externos. Los servicios para pacientes externos están limitados a un período máximo de 21 días. Los servicios de hospitalización para pacientes internados se limitarán a pacientes que presenten complicaciones médicas importantes por su adicción o a pacientes con problemas de salud adicionales que requieran tratamiento como pacientes internados.		X
Medicamentos de la Parte D		Beneficios de medicamentos para aquellos beneficiarios doble elegibles para beneficios completos que sean elegibles para los beneficios de medicamentos de la Parte D, según el Título XVIII de la Ley del seguro social (Social Security Act).		X
Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta bajo Medi-Cal Rx	Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Beneficios de farmacia transferidos a Medi-Cal Rx, que sean beneficios de farmacia facturados por una farmacia en un reclamo de farmacia, incluyendo medicamentos cubiertos para pacientes externos y medicamentos administrados por un médico, tal como se describe en la carta de los planes de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx All Plan Letter) (APL 20-020).		X
Otros servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Cubre beneficios de farmacia facturados en reclamos de médicos e instituciones, incluyendo medicamentos administrados por un médico, otros medicamentos para pacientes externos, medicamentos de venta exclusiva con receta, medicamentos sin receta y medicamentos de especialidad que no se hayan transferido a Medi-Cal Rx, tal como se explicó anteriormente, y que se describen más ampliamente	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios farmacéuticos	Servicios farmacéuticos	<p>en la carta de los planes de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx All Plan Letter) (APL 20-020).</p> <p>Los profesionales de farmacia que desarrollan su trabajo en las farmacias de la comunidad, suministrando categorías específicas de medicamentos (suministro de naloxona, anticonceptivos hormonales autoadministrables, terapia de reemplazo de la nicotina, profilaxis pre- y exposición para el VIH, así como el inicio y la administración de vacunas).</p>	X	
Servicios de médicos	Servicios de médicos	<p>Cubre la atención primaria, los servicios para pacientes externos y los servicios proporcionados durante el internamiento en un hospital o un centro de cuidados, para servicios médicamente necesarios. Puede cubrir servicios limitados de salud mental cuando los proporcione un médico, así como tratamientos limitados para alergias.</p>	X	
Servicios de podiatría	Servicios de otros profesionales de la salud y servicios de podiatras	<p>Las consultas en el consultorio están cubiertas si son médicamente necesarias. Todos los demás servicios para pacientes externos están sujetos a los mismos procedimientos de autorización previa que rigen para los médicos, y están limitados a los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para tratar afecciones de los pies, los tobillos o los tendones que se insertan en el pie, que estén relacionadas con enfermedades crónicas o causen complicaciones en ellas, o que dificulten considerablemente la capacidad de caminar. Los servicios brindados con base en una emergencia están exentos de autorización previa.</p>	X	
Servicios preventivos	Servicios preventivos	<p>Todos los servicios preventivos articulados en el plan del estado.</p>	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Dispositivos protésicos y ortopédicos	Todos los dispositivos protésicos y ortopédicos necesarios para restablecer la función o para reemplazar partes del cuerpo, prescritos por un médico, un podiatra o un dentista certificados, actuando dentro del alcance de su especialidad, están cubiertos cuando los suministren, respectivamente, un especialista protésico, un ortopeda o el profesional de la salud certificado.	X	
Terapia física y terapia ocupacional	Terapia física y terapia ocupacional	La terapia física y la terapia ocupacional están cubiertas cuando las brindan personas que cumplen los requisitos adecuados	X	
Servicios privados de enfermería	Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	Los servicios privados de enfermería son la planificación y administración de cuidados a clientes por parte de profesionales de enfermería, o bien por parte de un enfermero registrado, o bien por un enfermero práctico certificado para personas de edad inferior a 21 años.	X₂	
Servicios de centros de rehabilitación para pacientes externos	Servicios de rehabilitación	Establecimiento que proporciona terapia y capacitación para la rehabilitación de pacientes externos. El centro puede ofrecer terapia ocupacional, terapia física, capacitación profesional y capacitación especial.	X	
Servicios de centros de rehabilitación	Servicios de rehabilitación	Establecimiento que ofrece un programa multidisciplinario integral de servicios de recuperación designados para mejorar o mantener la capacidad funcional física de los pacientes.	X	
Servicios de cuidados respiratorios	Servicios de médicos	Un profesional de la salud capacitado y certificado para proporcionar cuidados respiratorios, con el fin de administrar terapia, manejo, rehabilitación, evaluación diagnóstica y atención a pacientes con deficiencias y anomalías que afecten al sistema pulmonar y a ciertos aspectos del sistema cardiopulmonar y de otros sistemas.	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de clínicas de salud rural	Servicios de clínicas de salud rural	Servicios descritos en la Sección 1396d(a)(2)(B) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, proporcionados por una clínica rural, según se define en el Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1396d(l)(1).	X	
Ámbito de los servicios de interpretación de lenguaje de señas	Servicios de interpretación de lenguaje de señas	Los servicios de interpretación de lenguaje de señas pueden utilizarse para los servicios de cuidado de la salud que sean médicamente necesarios	X	
Servicios provistos en hospitales federales o estatales		Los hospitales estatales de California brindan servicios de tratamiento hospitalario para pacientes internados a los californianos con enfermedades mentales graves. Los hospitales federales brindan servicios a ciertos sectores de la población, tales como los miembros del ejército, que están bajo la responsabilidad del gobierno federal.	X	
Servicios especializados de salud mental		Servicios de rehabilitación, incluyendo servicios de salud mental, servicios de apoyo con la medicación, tratamiento intensivo de día, rehabilitación diurna, intervención de crisis, estabilización de crisis, servicios de tratamiento a domicilio para adultos, servicios de crisis a domicilio y servicios en centros de salud psiquiátricos.		X¹³
Servicios de rehabilitación especializados en Centros de atención de enfermería especializada y Centros de cuidados intermedios	Servicios de rehabilitación especial	Los servicios de rehabilitación especializados estarán cubiertos. Tales servicios incluirán la continuación, médicamente necesaria, de los servicios de tratamiento iniciados en el hospital o la terapia intensiva a corto plazo cuyo resultado esperado sea una recuperación funcional que conduzca, o bien (1) a un nivel superior sostenido de autocuidado y al alta domiciliaria, o bien (2) a un nivel menor de cuidados. Los servicios de rehabilitación especializados estarán cubiertos.	X⁹	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Patología del habla	Patología del habla	Los servicios de patología del habla están cubiertos cuando los brindan personas que cumplen los requisitos adecuados.	X	
Servicios soportados por el estado		Servicios de aborto financiados por el estado que se proporcionan a través de un contrato secundario.	X	
Servicios de camas de transición / camas giratorias	Servicios de hospitalización para pacientes internados	Los servicios de camas de transición / camas giratorias son servicios adicionales para pacientes internados, destinados a quienes cumplan los requisitos y necesiten atención adicional antes de regresar a casa.	X	
Servicios individualizados de administración de casos (proporcionados por las Agencias gubernamentales locales)	Administración de casos individualizada	Las personas elegibles para recibir servicios de administración de casos individualizada forman parte de los siguientes grupos de beneficiarios de Medicaid: (1) niños considerados de alto riesgo, que tengan edades inferiores a 21 años; (2) personas médicamente frágiles; (3) niños con un Plan de educación individualizado o un Plan de servicio familiar individualizado; (4) personas con riesgo de internamiento en una institución; (5) personas que corren peligro de sufrir resultados negativos psicosociales o en su salud, y (6) personas con enfermedades transmisibles. Los servicios individualizados de administración de casos incluirán, al menos, uno de los siguientes componentes de servicio: Una evaluación documentada que identifique las necesidades del beneficiario; el desarrollo, por escrito, de un plan integral de servicios individualizados; la implementación del plan de servicios debe incluir vínculos e interconsultas con proveedores de servicios y remisiones a dichos proveedores; asistencia para acceder a los servicios identificados en el plan de servicios; planificación de asistencia de crisis para coordinar y organizar servicios o tratamientos inmediatos necesarios en aquellas situaciones cuya naturaleza parezca de emergencia o que requieran atención o resolución	X	

Servicio	Categorías estatales de servicios del plan	Definición	Servicio cubierto por Medicaid	Servicio sin cobertura de Medicaid
Servicios de atención de transición para pacientes internados	Servicios de centros de cuidados y de atención de transición para pacientes internados	inmediata para evitar, eliminar o reducir una situación de crisis para un beneficiario específico; revisión periódica de los progresos del beneficiario respecto a los objetivos de los servicios identificados en el plan de servicios, con el fin de determinar si los servicios en curso deberían continuarse, modificarse o detenerse.		
Servicios relacionados con la tuberculosis (TB) (Proporcionados por los departamentos de salud locales de los condados)	Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)	Se concentran en la transición del cambio de un paciente externo a un paciente internado. Los coordinadores de atención a pacientes internados, junto con los proveedores de diversos entornos durante la evolución de los cuidados, deberían proporcionar una transición segura y de calidad. Cubre la atención por tuberculosis, en cumplimiento de las directrices recomendadas por la Sociedad torácica americana (American Thoracic Society) y los Centros para la prevención y el control de enfermedades (CDC).	X	X

¹ La cobertura y el reembolso de las vacunas contra la COVID-19 y de su administración se han transferido de la atención administrada de Medi-Cal para todas las poblaciones elegibles, y están cubiertas y son reembolsadas exclusivamente a través del sistema de prestaciones de pago por servicio (fee-for-service) del estado, por parte de todos los proveedores aplicables.

² La cobertura de beneficios se limita a los beneficiarios con edades inferiores a 21 años, para los servicios brindados en cumplimiento de los requisitos de los servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).

³ Los Servicios para niños de California (California Children Services, CCS) están cubiertos en los condados donde existe un Sistema de salud organizado por el condado (County Organized Health System, COHS), con la excepción del condado de Ventura (Plan de salud Gold Coast) (Gold Coast Health Plan). Los Servicios para niños de California (California Children Services, CCS) no están cubiertos en los condados COHS ni en el condado de Ventura.

⁴ La cobertura de quiropráctica está limitada únicamente a beneficiarios de "Grupos exentos": 1) beneficiarios de edad inferior a 21 años para servicios provistos según un programa de EPSDT; 2) beneficiarios que residen en Centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) de Nivel A y Nivel B, incluyendo centros de cuidados subagudos; 3) beneficiarias que estén embarazadas; 4) beneficiarios de los Servicios para niños de California (California Children Services, CCS); 5) beneficiarios inscritos en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE); 6) beneficiarios que reciban servicios en un Centro de salud calificado federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una Clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC), y 7) beneficiarios en centros hospitalarios como pacientes externos. Los servicios de quiropráctica no están disponibles en las Clínicas indias de salud, excepto para quienes pertenezcan a los grupos exentos.

- ⁵ La cobertura del beneficio está sujeta a la aprobación federal en el plan estatal Medi-Cal (Medi-Cal State Plan).
- ⁶ Los servicios dentales están integrados en la atención administrada del plan de salud de San Mateo.
- ⁷ La fabricación de lentes para anteojos se ha transferido, en todo el estado, a los laboratorios ópticos que tienen contrato con el sistema de pago por servicio (fee-for-service, FFS) de Medi-Cal, con la excepción de lentes especiales (incluyendo los lentes que excedan los rangos del contrato con los laboratorios), que continúan bajo la responsabilidad del plan de atención administrada.
- ⁸ La cobertura y el reembolso de las pruebas de la COVID-19 realizadas en centros escolares, quedará excluida de la atención administrada, y la cobertura y el reembolso se hará a través del sistema de prestaciones de pago por servicio (fee-for-service, FFS) del estado.
- ⁹ Únicamente cubierto para el mes de ingreso y el mes siguiente en condados donde no exista un Sistema de salud organizado por el condado (Non-County Organized Health System, Non-COHS) Servicios cubiertos en condados COHS.
- ¹⁰ Servicios cubiertos bajo la atención administrada para beneficiarios elegibles para Apoyo y servicios administrados a largo plazo (Managed Medi-Cal Long-Term Supports and Services, MLTSS) únicamente en los condados autorizados: Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Mateo y Santa Clara. Los beneficios de los Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) no forman parte de este servicio cubierto.
- ¹¹ Quienes residen en un Centro de cuidados intermedios para discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) están exentos de la inscripción en el plan de atención administrada en los condados integrantes de la Iniciativa de atención coordinada (Coordinated Care Initiative counties).
- ¹² Servicios brindados por médicos de atención primaria; psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos certificados u otros proveedores especializados en salud mental. El plan de salud Partnership HealthPlan del condado de Solano (condados COHS) cubre la salud mental especializada, y Kaiser GMC (atención administrada geográfica) (Geographic Managed Care, GMC) cubre los servicios de salud para pacientes internados y pacientes externos, y de salud mental especializada.
- ¹³ Los miembros de Kaiser en los condados de Solano y Sacramento quedan integrados en la atención administrada hasta el 1 de julio de 2023.

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**.

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

- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a 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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងព័ត៌មានផ្សេងៗ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).

Cómo entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/healthnetCA o llame al 1-844-917-0175 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).
- Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.
- Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- Este es un plan para personas con doble elegibilidad que tienen necesidades especiales (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-917-0175 (TTY 711). Su llamada puede ser atendida por un representante con licencia.

Horas de operación

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)

En línea www.wellcare.com/healthnetCA

Estamos con nuestros miembros en cada paso del camino.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.