

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) *ofrecido por* Health Net Community Solutions, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- ☐ Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*.

- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 4, página 23 para saber más sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino, vietnamita, tagalo y ruso.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

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

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
-

H3561_001_H5087_027_2024_CA_ANOC_DSNP_126661S_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 20245

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, será inscrito automáticamente en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en 2024.....7

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo7

 Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 7

 Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7

 Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 8

 Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 9

 Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 19

SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....22

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir23

 Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)..... 23

 Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 24

SECCIÓN 5 Cambio de plan.....24

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid25

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta26

SECCIÓN 8 Preguntas.....27

 Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 27

 Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 27

 Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid 28

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y de 2024 para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta
Hospitalizaciones	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta.	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$8,300 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	\$8,850 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, será inscrito automáticamente en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en 2024

El primero de enero de 2024, Health Net Community Solutions, Inc. estará combinando Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) con uno de nuestros planes, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y este documento le brinda información sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) y los beneficios que tendrá el primero de enero, 2024 como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura en 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Esto significa que desde el primero de enero de 2024, usted obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos con receta a través de un Plan de medicamentos con receta debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La modificación entrará en vigencia a partir del primero de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid).		

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se considere para el monto máximo de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su costo de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,300	\$8,850 Una vez que usted haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa. Observación hospitalaria para pacientes externos podría(n) requerir autorización previa.	
		Observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) autorización previa.
Remisiones	Ha habido un cambio en los requisitos para las remisiones de los siguientes beneficios dentro de la red.	
	- Los servicios de acupuntura de rutina puede(n) requerir una remisión. - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar puede(n) requerir una remisión. - Servicios de quiropráctica puede(n) requerir una remisión. - Audífonos puede(n) requerir una remisión. - Exámenes auditivos puede(n) requerir una remisión. - Agencia de atención médica a domicilio puede(n) requerir una remisión. - Atención hospitalaria para pacientes internados puede(n) requerir una remisión.	- Los servicios de acupuntura de rutina <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de quiropráctica <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Audífonos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Exámenes auditivos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Agencia de atención médica a domicilio <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Anteojos y lentes de contacto <u>no</u> requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	- Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico puede(n) requerir una remisión. - Anteojos y lentes de contacto puede(n) requerir una remisión. - Servicios del programa de tratamiento para opioides puede(n) requerir una remisión. - Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. - Servicios de radiología de diagnóstico puede(n) requerir una remisión. - Servicios de radiología terapéutica puede(n) requerir una remisión. - Servicios de radiología puede(n) requerir una remisión. - Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud puede(n) requerir una remisión. - Enemas de bario cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. - Exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. - Prueba de detección de glaucoma puede(n) requerir una remisión.	- Servicios del programa de tratamiento para opioides <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de radiología de diagnóstico <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de radiología terapéutica <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de radiología <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Enemas de bario cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Prueba de detección de glaucoma <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio <u>no</u> requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio puede(n) requerir una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos puede(n) requerir una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos puede(n) requerir una remisión. • Los servicios de fisioterapia y patología del habla puede(n) requerir una remisión. • Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional puede(n) requerir una remisión. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos puede(n) requerir una remisión.	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Los servicios de fisioterapia y patología del habla <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Servicios de hospitalización parcial puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Servicios adicionales de telesalud puede(n) requerir una remisión. • Servicios de podiatría puede(n) requerir una remisión. • Exámenes de la vista puede(n) requerir una remisión.	• Servicios de hospitalización parcial <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Servicios adicionales de telesalud <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de podiatría <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Exámenes de la vista <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios para tratar enfermedades renales, incluyendo diálisis <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) <u>no</u> requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	- Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de diálisis puede(n) requerir una remisión. - Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón puede(n) requerir una remisión. - Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) puede(n) requerir una remisión. - Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) puede(n) requerir una remisión.	
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga \$95 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.
Tarjeta para alimentos saludables (Healthy Foods Card) Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione estos beneficios como parte del Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.	Usted recibe un crédito de \$25 cada mes para gastar en abarrotes elegibles en tiendas minoristas participantes. Este crédito no se traslada al del mes siguiente.	La Tarjeta para alimentos saludables (Healthy Foods Card) ahora tienen cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección de Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Comidas para miembros con afección crónica (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga \$0 de copago por comidas para miembros con afección crónica. Hay un máximo de 3 comidas al día por hasta 28 días, por un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses.	Beneficio de comidas para miembros con afección crónica: <u>no</u> está cubierto.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones individuales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe un beneficio de \$220 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) elegibles a través del pedido por correo o en tiendas minoristas participantes. Este beneficio <u>no</u> se transfiere al siguiente periodo.	Los artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) ahora tienen cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección de Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) 	Para admisión cubierta por Medicare por periodo de beneficios: Días 1-100: Usted paga \$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.	Para admisión cubierta por Medicare por admisión: Días 1-100: Usted paga \$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI) - Asistencia para servicios públicos Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para quienes padecen enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Usted debe cumplir con las normas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.	Asistencia para servicios públicos: Usted paga \$0 de copago. Si es elegible, el plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de \$75 al mes para ayudarle a cubrir el costo de los servicios de su hogar. Cualquier monto en dólares que no se haya utilizado del beneficio de asistencia para servicios públicos vence al final de cada mes. Los servicios aprobados para este beneficio incluyen: - Electricidad, gas, servicios sanitarios y de agua - Servicio telefónico de línea fija - Servicio de televisión por cable - Ciertos gastos de combustible	La asistencia para el pago de servicios públicos <u>no</u> está cubierta por los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI). Dado que nuestro plan participa en el Programa de diseño de seguro basado en el valor (VBID), la asistencia para el pago de servicios públicos ahora está cubierta por Wellcare Spendables™. Consulte la Sección Wellcare Spendables™ de esta tabla para obtener más información. El beneficio no requiere que el miembro cumpla con las pautas de elegibilidad y participación.
Transporte médico que no sea de emergencia	Usted paga \$0 de copago por 48 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.	Usted paga \$0 de copago por 24 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.	Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo y a 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.
Servicios de urgencia necesarios - Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	Usted paga \$95 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina	Hasta \$400 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.	Hasta \$300 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.
Wellcare Spendables™	La tarjeta Wellcare Spendables™ <u>no</u> tiene cobertura.	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe un crédito mensual de \$75 para utilizar en cualquiera de los beneficios descritos a continuación. El crédito se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al principio de cada mes. Cualquier monto no utilizado se transferirá al mes siguiente y caducará al final de cada año. El beneficio máximo es de \$900 cada año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		Puede utilizar el monto de esta tarjeta para cualquiera de los siguientes fines, según lo considere más adecuado a sus necesidades, siempre que no supere el saldo máximo de la tarjeta. Artículos de venta libre (Over-the-Counter items, OTC) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan. Su tarjeta puede utilizarse en tiendas minoristas participantes, en línea o a través de una app móvil para entrega a domicilio. Medicare aprobó a Wellcare para proporcionar los siguientes beneficios como parte del Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Valué-Based Insurance Design program, VBID). Este plan permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar los planes de Medicare Advantage. Como su plan participa en el Modelo de diseño de seguro basado en el valor, también puede utilizar su crédito Wellcare Spendables™ en los beneficios descritos a continuación:

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		Combustible (pague en la bomba de combustible) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para pagar directamente por el combustible en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta solo se puede utilizar para cargar combustible hasta por el monto del crédito permitido. Alimentos saludables Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para ayudar a pagar por alimentos y productos saludables y nutritivos aprobados en tiendas minoristas participantes. Las comidas preparadas están disponibles para solicitarlas a través del portal en línea. El crédito no se puede utilizar para comprar tabaco o alcohol. Los artículos aprobados incluyen: • Carne y aves • Frutas y verduras • Bebidas nutritivas • Y otros Asistencia para los servicios públicos Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ como ayuda para el pago del costo de los servicios públicos de su hogar, incluidos: • Servicios de electricidad, gas, recolección de basura y agua • Servicio de telefonía fija y móvil • Servicio de internet • Televisión por cable (se excluyen los servicios de streaming)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		Determinados gastos derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica Asistencia para el alquiler Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

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

Hemos realizado cambios en nuestra "Lista de medicamentos", incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costos compartidos. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costos compartidos diferente.**

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los

miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo por sus medicamentos y usted paga lo que le corresponde del costo. Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o para medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Medicare aprobó a Wellcare para brindar copagos/coseguros más bajos como parte del programa Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para más información sobre los beneficios de VBID, comuníquese con Servicios para los miembros.	Su costo por el suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).	Su costo por el suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).

Cambios en las Etapas de periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que incurren en costos elevados de medicamentos. **La mayoría de las personas no alcanza la Etapa del periodo sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para conocer la información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

La información de la tabla de Cambios administrativos que está a continuación refleja los cambios anuales en su plan que no tienen un impacto directo en los beneficios o los costos compartidos.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambios al Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) Wellcare se ha asociado con un Administrador de beneficios de farmacia (PBM) para administrar nuestro beneficio de farmacia. A partir del año del plan 2024, nuestro socio PBM cambiará a Express Scripts®. Recibirá una nueva tarjeta de identificación actualizada de Wellcare. Asegúrese de comenzar a usar su nueva tarjeta de identificación a partir del 1/1/24. Para garantizar que su farmacia tenga la información más actualizada, muestre su nueva tarjeta de identificación de Wellcare cuando surta una receta por primera vez a partir del 1/1/24. Si no tiene su nueva tarjeta de identificación cuando vaya a surtir su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al momento de recogerla y luego solicitar el reembolso.	CVS Caremark	Express Scripts®

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

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

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

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

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Debido a que usted tiene California Medi-Cal (Medicaid), quizás pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Periodos de inscripción especial**:

- de enero a marzo
- de abril a junio
- de julio a septiembre

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de California Medi-Cal (Medicaid) comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

hora del Pacífico (PT) Puede consultar cómo se vería afectada su cobertura de California Medi-Cal (Medicaid) si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también "Subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy, LIS). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY, deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado California MediCal Rx Customer Service Center que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-916-558-1784 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024*, (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no

tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT)

Notificación 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, condición 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 que se indican a continuación:
 - Intérpretes cualificados de la lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de mayor tamaño, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - 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, condición 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 reclamo 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 wellcare.com/healthnetCA.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office of Civil Rights del Department of Health Care Services 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 reclamo 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 reclamo están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Electrónicamente:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, 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 reclamo 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 reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electrónicamente:** visite el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights 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.

Arabic (العربية): 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.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **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:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): 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.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 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。

Korean (한국어): 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.

Laotian (ພາສາລາວ): ສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

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

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

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

Spanish (Español): 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): ATENSYON: 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.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): 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.

Vietnamese (Tiếng Việt): 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 bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.