



Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), su *Manual para Miembros del Plan Medicare Medi-Cal*

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



1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Su cobertura de salud y medicamentos en virtud de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

Introducción del *Manual para Miembros*

Este *Manual para Miembros*, también denominado *Evidencia de Cobertura*, detalla la cobertura que se le otorga en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta, y los servicios y el apoyo a largo plazo. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su *Manual para Miembros*.

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

Cuando en este *Manual para Miembros* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), su plan de Medicare Medi-Cal.

Este documento está disponible gratuitamente en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, miao, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Documentaremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

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

CA4CNCEOC32816S_0008

H3561_008

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



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

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Alguien que habla su idioma puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

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



Arabic

نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Armenian

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

Cambodian

យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពី គម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Farsi

برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

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



French

Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

French Creole

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Hindi

हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

Italian

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

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



German

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Japanese

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007 (TTY: 711) にお電話ください。担当者の対応時間は、10月1日から3月31日までは、月曜～日曜日、午前8時～午後8時です。4月1日から9月30日までは、月曜日～金曜日、午前8時～午後8時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

Korean

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-800-431-9007 (TTY: 711) 번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງ ເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

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



Mien

Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

Polish

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

Portuguese

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Punjabi

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

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



Russian

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Spanish

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 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. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Tagalog

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Thai

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

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



Ukrainian

Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

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



Manual para Miembros de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para el 2024**Índice**

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	12
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	25
Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos	51
Capítulo 4: Tabla de Beneficios	85
Capítulo 5: Cómo obtener los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	161
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal Medicaid	185
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios o medicamentos cubiertos.....	194
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	202
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).....	233
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan	295
Capítulo 11: Notificaciones legales	306
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	312

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



Descargos de responsabilidad

- ❖ Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene un contrato con Medicare y es un Patrocinador aprobado de la Part D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual para Miembros* para obtener más información, incluida la distribución de costos que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.
- ❖ En función de una revisión del Modelo de Cuidado, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Special Needs Plan (SNP) hasta 2024.
- ❖ La cobertura en virtud de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) es una cobertura de salud calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio web de Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

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



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), un plan médico que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal junto con su membresía. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	14
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	15
C. Ventajas de nuestro plan.....	15
D. Área de servicios de nuestro plan	17
E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan.....	17
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico?	17
G. El equipo de atención y el plan de atención	19
G1. Equipo de atención.....	19
G2. Plan de atención.....	19
H. Sus costos mensuales para Wellcare by Health Net.....	20
I. Su <i>Manual para Miembros</i>	20
J. Otra información importante que le brindamos	20

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



J1. Su tarjeta de Identificación de Miembro	20
J2. Directorio de Farmacias y Proveedores	21
J3. Lista de Medicamentos Cubiertos	23
J4. La Explicación de Beneficios.....	23
K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?	23
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	24

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



A. Bienvenido a nuestro plan

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

Usted puede confiar en nuestra experiencia

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

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

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

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud federal para:

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



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

B2. Medi-Cal

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

Cada estado decide:

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

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

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

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

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal, incluidos los medicamentos recetados. **No debe abonar adicionales para unirse a este plan médico.**

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



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

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

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

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



D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicios incluye estos condados en California: Los Angeles, Sacramento y Tulare.

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicios.

Consulte el **Capítulo 8** de nuestro *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

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

- vivir en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que vivan en el área de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella), **y**
- tener 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- contar con Medicare Part A y Medicare Part B, **y**
- ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos, **y**
- ser elegible actualmente para Medi-Cal, **y**

Si usted pierde la elegibilidad de Medi-Cal pero se espera que la recupere dentro de seis meses, todavía es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

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



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

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA puede realizarse en una visita en persona, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información acerca de la HRA.

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

- Usted, su representante o su proveedor nos piden la continuidad de la prestación con su proveedor actual.
- Podemos determinar que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o un especialista, con algunas excepciones. Una “relación existente” significa que usted visitó a un proveedor fuera de la red, al menos, una vez para una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Para determinar si hay una relación existente, revisaremos su información de salud que tengamos disponible o la que usted nos brinde.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión en menos tiempo y debemos responder en 15 días. Si usted está en riesgo de daños, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que demuestre que hay una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realice la solicitud.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de Equipo Médico Duradero (DME) durante al menos 90 días o hasta que autoricemos un nuevo alquiler y un proveedor de la red entregue el alquiler. Si bien no puede hacer esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede hacer una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares que no están incluidos en nuestro plan.

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



Cuando finalice el período de continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y a otros proveedores de la red de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de cuidado primario, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Cuando se inscriba en nuestro plan, se le asignará un grupo médico participante de la red Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). También se le asignará un PCP de este grupo médico participante. Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA y seleccione un PCP de nuestra red de planes. Los Servicios para Miembros también pueden ayudarle a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame a Servicios para Miembros e informe su selección. Su PCP debe formar parte de nuestra red. Consulte el **Capítulo 3** Sección D, página 56 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. El equipo de atención y el plan de atención

G1. Equipo de atención

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

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

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención. El plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de servicios de salud del comportamiento y de LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

- sus objetivos de atención de salud, **y**
- un cronograma que indique cuándo debería recibir los servicios que necesita.

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



Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su HRA. Le consultan acerca de los servicios que necesita. Además, el equipo de atención le mencionará algunos servicios para que usted considere si quiere recibirlos. Su plan de atención se crea según sus necesidades y objetivos. El equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales para Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene prima mensual.

I. Su *Manual para Miembros*

Su *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9**, Sección D, página 228 de su *Manual para Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir el *Manual para Miembros*, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Miembros* en nuestro sitio web. La dirección se encuentra al final de la página.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

J. Otra información importante que le brindamos

Otra información importante que le brindamos incluye su Tarjeta de Identificación de Miembro, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Formulario*.

J1. Su tarjeta de Identificación de Miembro

Con nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para recibir los servicios de Medicare y de Medi-Cal, incluidos los LTSS, algunos servicios de salud conductual y recetas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o recetas. Esta es una muestra de la Tarjeta de Identificación de Miembro:

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



		Wellcare By Health Net Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) CMS#: H3561-008 Effective Date: MM/DD/YYYY		www.wellcare.com/healthnetCA	
MEMBER INFORMATION Name: First MI Last Member ID#: XXXXXXXX-XXX Care Coordinator Phone: 1-800-431-9007		PHARMACY INFORMATION  Prescription Drug Coverage		FOR MEMBERS Member Services: 1-800-431-9007 (TTY: 711) Mental Health Benefits: 1-800-646-5610 (TTY: 711) Nurse Advice Line: 1-800-893-5597 (TTY: 711) Access2Care Transportation: 1-844-515-6876 (TTY: 711) Delta Dental: 1-855-643-8515 (TTY: 711) Envolve Vision: 1-866-392-6058 (TTY: 711)	
PROVIDER INFORMATION PPG Name: Provider Group Name PPG Phone: X-XXX-XXX-XXXX PCP Name: Last, First Name PCP Phone: X-XXX-XXX-XXXX MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/Specialist Office Visit: \$0 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).		Rx Processor Part D: Express Scripts® RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA RxID: XXXXXXXXXXXX		FOR PROVIDERS For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: 1-800-431-9007 Medical Claims: Wellcare By Health Net Attn: Claims Payor ID: 68069 P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030 Pharmacy prior auth: 1-800-867-6564 For help: (PHARMACY USE ONLY) 1-833-750-0202 Submit Part D Drug Claims to: Wellcare By Health Net Attn: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577	

Si su Tarjeta de Identificación de Miembro sufre daños, se pierde o es objeto de robo, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca ni azul de Medicare ni la tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación de Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 195, de su *Manual para Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

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

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

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

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores* (en forma digital o en copia impresa), llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

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



Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de Farmacias y Proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página.

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

Definición de proveedores de red

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; y,
 - LTSS, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de servicios de salud conductual, agencias de cuidado de la salud a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios a los que tiene acceso a través de Medicare o de Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

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



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

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

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

La Lista de Medicamentos también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, sección C, página 173 de su *Manual para Miembros*.

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

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos con receta de Medicare Part D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por estos medicamentos con receta de Medicare Part D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

En la EOB se informa la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos con receta de Medicare Part D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6**, Sección A, página 188, de su *Manual para Miembros* se incluye más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

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

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Nuestros proveedores y farmacias de la red también necesitan información

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



correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.**

Deberá notificarnos de inmediato con respecto a lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho o la indemnización laboral;
- si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de enfermería;
- si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted); **y,**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participa o es parte, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8**, Sección C1, página 222 de su *Manual para Miembros*.

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



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Servicios para Miembros.....	27
B. Su coordinador de atención	31
C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	35
D. Línea de Consultas con Enfermeras.....	36
E. Línea de Crisis de Salud Conductual.....	37
F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	38
G. Medicare	39
H. Medi-Cal.....	40
I. Oficina de la Defensoría de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal.....	41
J. Servicios Sociales del Condado.....	42
K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado.....	44
L. California Department of Managed Health Care	45
M. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos con Receta.....	46
M1. Extra Help	46

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



N. Seguro Social.....	47
O. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB).....	48
P. Otros recursos.....	49
Q. Programa Dental de Medi-Cal.....	50

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



A. Servicios para Miembros

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

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- cuando tenga preguntas sobre el plan
- cuando tenga preguntas sobre reclamos o facturación

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



- decisiones de cobertura relacionadas con su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 239, de su *Manual para Miembros*.
- apelaciones relacionadas con su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 239 de su *Manual para Miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- reclamos relacionados con su atención médica
 - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede hacer un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) acerca de la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**, página 38).
 - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán 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 estarán disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
 - Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).

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



- Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Puede hacer un reclamo sobre nuestro plan ante el Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-888-804-3536.
- Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención médica, consulte el **Capítulo 9**, Sección K, página 288, de su *Manual para Miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ●
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta de Medicare, consulte el **Capítulo 9**, Sección G, página 259 de su *Manual para Miembros*.
- apelaciones relacionadas con sus medicamentos.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9**, Sección G, página 259 de su *Manual para Miembros*.
- reclamos relacionados con sus medicamentos.
 - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia, incluidos los reclamos sobre medicamentos con receta.

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



- Si el reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior)
- Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Si quiere obtener más información acerca de cómo hacer un reclamo relacionado con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9**, Sección K, página 288, de su *Manual para Miembros*.
- pagos por la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 195 de su *Manual para Miembros*.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 239 de su *Manual para Miembros*.

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



B. Su coordinador de atención

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

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

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

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

LLAME AL	<p>1-833-340-0083. La llamada es gratuita.</p> <p>Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. EST.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. EST.</p>

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



ESCRIBA A	Wellcare by Health Net, Attention: Care Coordination Team 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA

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

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas

Los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS) incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los centros de enfermería (NF).

En ocasiones, puede obtener ayuda con sus necesidades de atención médica y de la vida diaria.

Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- servicios comunitarios para adultos (CBAS);
- atención de enfermería especializada,
- fisioterapia,
- terapia ocupacional,
- terapia del habla,
- servicios sociales médicos, **y**
- cuidado de la salud a domicilio.
- Servicios de Apoyo en el Hogar, a través de la agencia de servicios sociales de su condado, y

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



- Beneficios de Apoyo Comunitario.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS):

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

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

- Necesidades lo suficientemente significativas como para cumplir con el nivel de atención de un centro de enfermería A (NF-A), como la necesidad de servicios de enfermería especializada, observación de enfermería especializada, administración de medicamentos, asistencia con limitaciones físicas y/o limitaciones mentales o lo anterior.
- Tener una discapacidad cognitiva de moderada a grave, lo que incluye Alzheimer u otro tipo de demencia de moderada a grave.
- Tener una discapacidad del desarrollo.
- Una discapacidad cognitiva de leve a moderada, lo que incluye alzhéimer o demencia, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
 - bañarse;
 - vestirse;
 - alimentarse;
 - ir al baño;
 - deambular;
 - trasladarse.
 - administrar medicamentos;
 - higienizarse;
- Una enfermedad mental crónica o lesión cerebral, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
 - bañarse;
 - vestirse;
 - alimentarse;
 - ir al baño;
 - deambular;
 - trasladarse.
- Administración de medicamentos, o necesidad de asistencia o supervisión en una de las actividades de la lista anterior y también en una de las siguientes:

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



- higienizarse;
 - administrar dinero;
 - acceder a recursos;
 - preparar comidas;
 - Transporte
- Una expectativa razonable de que los servicios preventivos mantendrán o mejorarán el nivel de funciones actual (por ejemplo, en los casos de lesión cerebral causada por un traumatismo o una infección).
 - Tener una gran probabilidad de deterioro y una posible hospitalización si los servicios comunitarios para adultos no estuvieran disponibles (por ejemplo, en casos de tumores cerebrales o demencia relacionada con el VIH).

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



C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. En California, el SHIP se denomina Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está relacionado con ninguna empresa aseguradora o plan de salud.

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

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo con las siguientes necesidades:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes;
 - hacer reclamos sobre su atención de salud o tratamiento; **y**
 - solucionar problemas con sus facturas.

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



D. Línea de Consultas con Enfermeras

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

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

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



E. Línea de Crisis de Salud Conductual

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

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

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

- si tiene preguntas sobre servicios de salud conductual y abuso de sustancias

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

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



F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

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

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- hacer un reclamo sobre la atención que recibió si ocurren los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto; ○
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

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



G. Medicare

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

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

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

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



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro médico público que proporciona los servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas las familias con hijos, las personas mayores, las personas con discapacidades, los niños y los jóvenes en hogares de guarda y las mujeres embarazadas. Medi-Cal es financiado por el gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, servicios dentales, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Usted se encuentra inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

LLAME AL	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o de habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

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



I. Oficina de la Defensoría de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina de la Defensoría actúa como defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. La Oficina de la Defensoría también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

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

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



J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita asistencia con aquellos *servicios que reciben la ayuda de los Servicios Sociales del Condado, según corresponda, y que incluyen los beneficios de IHSS y la elegibilidad para Medi-Cal*, comuníquese con la agencia local de Servicios Sociales del Condado.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar Servicios de Apoyo en el Hogar, los cuales le ayudarán a pagar los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir limpieza de la casa, ayuda con la preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de intestino y vejiga, baños, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para los discapacitados mentales.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para cualquier pregunta acerca de su elegibilidad para Medi-Cal.

Los Angeles County	
LLAME AL	1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita. Excepto los días festivos: De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 7:30 p.m. Sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711. La llamada es gratuita Este número es para personas que tienen problemas de audición o de habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 7:30 p.m. Sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
ESCRIBA A	Para conocer la oficina de servicios sociales más cercana, consulte https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
SITIO WEB	dpss.lacounty.gov

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



Sacramento County	
LLAME AL	1-916-874-2888. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o de habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
POR CORREO ELECTRÓNICO	hhs-pa@sacounty.net
SITIO WEB	http://pubauth.sacounty.net/

Tulare County	
LLAME AL	1-800-571-9555. Esta llamada es gratuita. De lunes a jueves, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. Los viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
TTY	711. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o de habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. De lunes a jueves, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. Los viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
ESCRIBA A	Tulare County Human Services 4025 W. Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
SITIO WEB	www.tchsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/

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



K. Plan de Salud Mental Especializada del Condado

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

LLAME AL	<p>Línea directa del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles:</p> <p>Urgente: Línea del Centro de Acceso 1-800-854-7771 La llamada es gratuita.</p> <p>Rutina: 800-854-7771</p> <p>Trastorno por consumo de sustancias (SUD): Línea de Ayuda del Servicio de Abuso de Sustancias (SASH) 844-804-7500</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o de habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

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

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

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



L. California Department of Managed Health Care

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

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

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



M. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos con Receta

El sitio web de Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

M1. Extra Help

Puesto que tiene elegibilidad para Medi-Cal, reúne los requisitos para obtener “Extra Help” y ya lo recibe de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos con receta. No debe hacer nada para recibir “Extra Help”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov

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



N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y reúnan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si usted se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles al respecto.

LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
ESCRIBA A	<p>Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235</p>
SITIO WEB	<p>www.ssa.gov</p>

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



O. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de la RRB, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de parte de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Si marca “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.</p> <p>Si marca “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.rrb.gov</p>

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



P. Otros recursos

El Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura médica y resolver problemas con sus planes médicos.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan médico
- el acceso a sus servicios médicos
- apelaciones por servicios, medicamentos, equipos médicos duraderos (DME), servicios de salud mental que les fueron negados, etc.
- facturas médicas
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El Programa de Defensoría de Medicare y Medi-Cal proporciona ayuda para reclamos, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa de Defensoría es 1-888-804-3536.

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



Q. Programa Dental de Medi-Cal

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

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conductos radiculares
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

LLAME AL	<p>1-800-322-6384</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental Fee-for-Service y Dental Managed Care (DMC). Los representantes del Programa Medi-Cal Dental Fee-for-Service están disponibles para asistirlo de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>

Además del Programa Medi-Cal Dental Fee-For-Service, puede recibir beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. En los condados de Sacramento y Los Angeles hay planes de este tipo disponibles. Si quiere obtener más información sobre los planes dentales, o quiere cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita.

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



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

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	53
B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan.....	53
C. Su coordinador de atención	55
C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención?	55
C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención?	56
C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención?.....	56
D. Atención de proveedores	56
D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)	56
D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red	60
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan	62
D4. Proveedores fuera de la red	63
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	64

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



F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)	66
F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	66
G. Servicios de transporte.....	71
G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	71
G2. Transporte no médico.....	72
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre	73
H1. Atención en una emergencia médica	73
H2. Atención de urgencia	75
H3. Cuidado durante un desastre	77
I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	77
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	77
J. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica	78
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	78
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	79
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	80
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica.....	80
K1. Definición de institución religiosa de salud que no es médica.....	80
K2. Atención en una institución religiosa no médica de atención médica.....	80
L. Equipo médico duradero (DME).....	81
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	81

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



L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare.....	82
L3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan	82
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA)	83

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención médica, los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos de venta libre y con receta, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Los servicios cubiertos para los medicamentos de venta libre y con receta se encuentran en el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

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

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan abarca todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y los LTSS.

En general, nuestro plan cubrirá los costos de los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*.

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



- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria permite evitar que las personas se enfermen gravemente o sufran una discapacidad y para reducir el dolor grave mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones. Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro proveedor. Como miembro del plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que cubramos los servicios. Si quiere obtener más información sobre las remisiones del médico, consulte la página 56, Sección D de este capítulo.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP (por sus siglas en inglés) lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan.
 - Usted no necesita una remisión de su PCP para atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, para consultar un proveedor de salud para mujeres o para cualquiera de los otros servicios incluidos en la Sección D1 de este capítulo.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje para nuestro plan médico ni para el grupo médico de su PCP. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario de los proveedores fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección H de este capítulo).

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



- Si necesita atención cubierta por el plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Si se le pide que consulte a un proveedor fuera de la red, necesitará autorización previa (PA). Una vez aprobada la autorización previa, se notificará esto al proveedor solicitante y al proveedor que lo acepta. En esta situación, cubrimos la atención sin cargo para usted.
- Cubrimos servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitar seguir acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si comprobamos que tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1**, Sección F, página 17, de su *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante un período máximo de 12 meses. Durante ese período, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si sigue acudiendo a proveedores fuera de la red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP (por sus siglas en inglés).

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

C. Su coordinador de atención

C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención?

El coordinador de atención es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención de salud que

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



necesita. El coordinador de atención lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Trabjará con usted para elaborar su plan de atención. Lo ayudará a decidir quién formará parte de su equipo de atención. El coordinador de atención le brindará la información que necesita para administrar su atención de salud. Esto también lo ayudará a tomar las decisiones correctas.

C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención?

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

C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención?

Si quiere cambiar de coordinador de atención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe elegir a un PCP para que proporcione y supervise su atención médica. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

Qué es un PCP y qué hace por usted

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

Recibirá la mayor parte de su atención básica o rutinaria por parte de su PCP, quien lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio,

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



- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- admisión en un hospital, y
- cuidado de seguimiento.

La “coordinación” de sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su cuidado y sobre cómo se está desarrollando. Si usted necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (por ejemplo, darle una remisión del médico para ver a un especialista). Para ciertos servicios, su PCP necesitará autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP le solicitará autorización a nuestro plan o a su grupo médico. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores.

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

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

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

Elección de un centro de salud federalmente calificado o clínica de salud rural como su PCP

Un centro de salud federalmente calificado (FQHC) o un centro rural de salud (RHC) es un centro médico y puede ser su PCP. Los FQHC y los RHC son centros de salud que prestan servicios de atención primaria. Comuníquese con Servicios para Miembros para conocer los

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



nombres y las direcciones de los FQHC (por sus siglas en inglés) y los RHC (por sus siglas en inglés) que trabajan con Wellcare by Health Net o consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Elección de su PCP

Usted deberá elegir un grupo médico contratante de nuestra red cuando se inscriba en nuestro plan. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan. También deberá elegir un PCP de este grupo médico contratante. El consultorio de su PCP debe estar en un lugar al que pueda llegar fácilmente. Puede solicitar un PCP que esté, como máximo, a 10 millas o 30 minutos de donde usted vive o trabaja. Puede encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales miembros) en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* o en nuestro sitio web en: www.wellcare.com/healthnetCA.

Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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

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

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

Opción de cambiar de PCP

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

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



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

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

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

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

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

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

- servicios de emergencia recibidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- cuidado urgentemente necesario de los proveedores de la red
- cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerlo de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan o durante el fin de semana)

Nota: El cuidado urgentemente necesario debe ser requerido de inmediato y debe ser médicamente necesario.

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



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

Consulte el **Capítulo 4**, Sección D, página 91, para conocer los detalles sobre los servicios cubiertos que pueden requerir una aprobación previa, como una remisión o una autorización previa de su PCP.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Oncólogos, médicos que brindan cuidado a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

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



Una remisión del médico por escrito puede ser para una visita o puede ser una remisión del médico permanente para más de una visita si usted necesita servicios continuos. Debemos proporcionarle una remisión del médico permanente a un especialista cualificado para cualquiera de estas condiciones:

- una condición crónica (en curso);
- una enfermedad mental o física potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si usted no recibe una remisión del médico por escrito cuando sea necesario, la factura puede no ser pagada. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Si no podemos encontrarle un proveedor de la red del plan cualificado, debemos darle una autorización de servicio permanente para un especialista cualificado para cualquiera de estas condiciones:

- una condición crónica (en curso);
- una enfermedad mental o física potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si usted no recibe una autorización de servicio de nosotros cuando sea necesario, es posible que la factura no se pague. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

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

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



Si el especialista quiere verlo de nuevo, consulte primero para asegurarse de que la remisión del médico (aprobación por adelantado) por escrito que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista.

Cada grupo médico y los PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que elija pueden determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desee utilizar, averigüe si su grupo médico o PCP utilizan estos especialistas u hospitales. Por lo general puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En este capítulo, en la sección “Cómo cambiar de PCP”, le brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado por escrito de nuestro plan o de su grupo médico (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de recibir determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red la solicitarán a nuestro plan o a su grupo médico. Se revisará la solicitud y se enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección D, página 91, del **Capítulo 4** de este folleto para ver los servicios específicos que requieren autorización previa.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

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

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarles un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.

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



- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red, quien continuará administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione su atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Usted debe obtener aprobación por escrito para esto por adelantado o la factura no será pagada.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor cualificado o que no estamos administrando su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Para ponerse en contacto con nosotros, consulte la información al final de esta página.

D4. Proveedores fuera de la red

Usted puede ver a un proveedor fuera de la red sin una remisión del médico o autorización previa en el caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios. Los servicios de diálisis para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicios del plan también están cubiertos sin autorización previa.

- De lo contrario, si utiliza un proveedor fuera de la red, debe contar con la aprobación previa por escrito. No podemos pagar a un proveedor fuera de la red que no haya sido aprobado para proporcionarle servicios.
- Si acude a un proveedor sin aprobación, deberá pagar todos los costos de los servicios que reciba.

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



Si acude a un proveedor fuera de la red, este deberá cumplir con los requisitos para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla con los requisitos para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si acude a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

LTSS es un servicio otorgado por Medi-Cal que incluye una amplia variedad de servicios y apoyos que ayudan a los beneficiarios elegibles a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y cuidado personal, además de ayuda con las tareas cotidianas, como lavandería, compras y transporte. Los LTSS se proporcionan durante un período prolongado, principalmente en hogares y comunidades, pero también en entornos basados en establecimientos, como centros de enfermería. Como se describe en la Sección 14186.1 del WIC, el LTSS cubierto por Medi-Cal incluye todo lo siguiente:

- a. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) proporcionados de acuerdo con el Artículo 7 del Código de Bienestar e Instituciones de California (comenzando con la Sección 12300) del **Capítulo 3** y las Secciones 14132.95, 14132.952 y 14132.956.
- b. Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- c. Servicios del Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP)
- d. Servicios de centros de enfermería especializada y servicios de cuidados subagudos.

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluyendo el cuidado en un centro de enfermería especializada, Servicios para Adultos

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



Basados en la Comunidad (CBAS) y Apoyos Comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

El miembro debe cumplir los requisitos de elegibilidad y los criterios especificados para cualquiera (1) o más de las siguientes categorías pueda acceder a los LTSS:

1. Los miembros que cumplan con el nivel de atención de un Centro de Enfermería A (NF-A) o superior y los criterios de elegibilidad y necesidad médica contenidos en las Secciones 14525 (a), (c), (d) y (e); 14526,1(d)(1), (3), (4) y (5);y 14526(e) del Código de Bienestar e Instituciones.
2. Las personas que tienen una lesión cerebral orgánica, adquirida o traumática y/o una enfermedad mental crónica y que demuestran necesidad de asistencia o supervisión con al menos:
 - a. Dos (2) de las siguientes actividades de la vida diaria/actividades instrumentales de la vida diaria (ADL/IADL): bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo, ir al baño, deambular, transferencia, gestión de la medicación e higiene o,
 - b. Una (1) ADL/IADL incluida anteriormente y una (1) de las siguientes: administración de dinero, acceso a recursos, preparación de comidas o transporte.
3. Miembros con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave u otra demencia caracterizada por los siguientes estadios:
 - a. Estadio 5: Deterioro cognitivo moderadamente grave: Surgen grandes brechas en la memoria y déficits en la función cognitiva. Algo de ayuda con las actividades diarias se vuelve esencial.
 - b. Estadio 6: Deterioro cognitivo grave: Las dificultades de memoria continúan empeorando, pueden surgir cambios significativos en la personalidad y las personas afectadas necesitan demasiada ayuda con las actividades diarias.
 - c. Estadio 7: Deterioro cognitivo muy grave: Esta es la etapa final de la enfermedad cuando la persona pierde la capacidad de responder a su ambiente, la capacidad de hablar y, en última instancia, la capacidad de controlar el movimiento.

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



4. Miembros con deterioro cognitivo leve, incluida la enfermedad de Alzheimer moderada u otra demencia, caracterizada por los descriptores de la enfermedad de Alzheimer en estadio 4, definida como Alzheimer leve o en estadio temprano, caracterizada por uno (1) o más de los siguientes síntomas:
 - a. Menor conocimiento de acontecimientos recientes.
 - b. Deterioro o incapacidad para realizar aritmética mental desafiante.
 - c. Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas.
 - d. Memoria reducida de la historia personal.
 - e. El individuo afectado puede parecer subyugado y abstraído, especialmente en situaciones sociales o mentalmente desafiantes.
 - f. El beneficiario también requiere asistencia o supervisión con dos (2) de las siguientes ADL/IADL: bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo, ir al baño, deambular, transferencia, administración de medicamentos e higiene.
5. Individuos con discapacidades del desarrollo que cumplen con los criterios y elegibilidad del Centro Regional.

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

Usted tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y cuidado administrado de Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios de salud mental especializados o de trastorno por consumo de sustancias en el condado por parte de Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual local de su condado.

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especiales de salud mental de Medi-Cal proporcionados por las agencias incluidas en la tabla a continuación incluyen lo siguiente:

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



- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- intervención en casos de crisis
- estabilización en casos de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- administración de casos específicos

Los servicios de Medi-Cal o Drug Medi-Cal Organized Delivery System están disponibles para usted a través de los proveedores de Medi-Cal Fee for Service (FFS) si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de Medi-Cal para medicamentos son proporcionados por los condados de Los Angeles, Sacramento y Tulare, entre los que se incluye lo siguiente:

Condado	Agencia
Los Angeles	Prevención y Control de Trastornos por Consumo de Sustancias (SAPC) Agencia de Salud del Condado de Los Angeles
Sacramento	Departamento de Servicios de Salud Servicios de Prevención y Tratamiento del Uso de Sustancias
Tulare	Servicios de Prevención, Tratamiento y Recuperación de Alcohol y Otras Drogas (AOD)

- servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento residencial
- servicios ambulatorios de estabilización y rehabilitación por abuso de sustancias

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



- servicios de tratamiento con narcóticos
- servicios con naltrexone por la dependencia de opioides

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

- servicios ambulatorios e intensivos para pacientes ambulatorios
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido por Medicamentos)
- residencial/para pacientes internados
- manejo de la abstinencia
- servicios de tratamiento con narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención

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

Usted también tendrá acceso a los servicios de Salud Conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y son administrados a través de Wellcare by Health Net. Los servicios de Salud Conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios para pacientes ambulatorios: Intervención en casos de crisis, evaluación y terapia a corto plazo, terapia especializada a largo plazo y cualquier otra atención de rehabilitación para pacientes ambulatorios que esté relacionada con el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios y suministros para pacientes internados: Adaptaciones en una habitación con dos camas o más, incluidas las unidades de tratamiento especial, los suministros y los servicios auxiliares que el centro brinda normalmente.
- Atención para pacientes internados y niveles alternativos de atención: Hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios en un centro Certificado por Medicare.
- Desintoxicación: Servicios para la desintoxicación aguda y el tratamiento de condiciones médicas graves relacionadas con el trastorno de abuso de sustancias

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



para pacientes internados.

- Servicios de emergencia: Pruebas de detección, exámenes y evaluaciones para determinar si hay una condición médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha condición.

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

Exclusiones y limitaciones de los servicios de salud del comportamiento

Para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones de los servicios de Salud Conductual, consulte el **Capítulo 4**, Sección F, página 158: Beneficios *no* cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal.

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

Debe haber una autorización de parte del plan para que se cubran determinados suministros y servicios de salud del comportamiento. Para obtener más información acerca de los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el **Capítulo 4**, Sección D, página 91. Para obtener autorización previa para estos servicios, debe llamar a Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. El plan lo remitirá a un profesional de la salud mental contratado cercano que lo evaluará para determinar si se necesita más tratamiento. Si necesita tratamiento, el profesional de salud mental contratado diseñará un plan de tratamiento y lo enviará a Wellcare by Health Net para que se revise. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos si reciben la autorización del plan. Si no hay una autorización de parte del plan, no habrá más servicios ni suministros cubiertos para esa afección. Sin embargo, de parte del plan se lo podrá remitir al Departamento de Salud Mental del condado para que lo ayuden a recibir la atención que necesita.

Procedimientos de remisión del médico entre Wellcare by Health Net y el Departamento de Salud Mental (DMH) del Condado de Los Angeles y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Angeles (Prevención y Control de Trastornos por Consumo de

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



Sustancias) (DPH/SAPC), el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside, el Departamento de Salud Conductual de San Bernadino y Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego:

Las remisiones a los servicios de Salud Conductual de Wellcare by Health Net pueden provenir de muchas fuentes: de los proveedores de salud conductual del condado, de los administradores de casos del condado, de los PCP, de los miembros y de sus familias. Estas fuentes de remisión del médico pueden comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Confirmaremos su elegibilidad y autorizaremos los servicios, si corresponde.

Además, trabajaremos con el condado para brindar las remisiones del médico y la coordinación de atención apropiadas para usted.

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

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

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

Los servicios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que tienen otros beneficios. Consulte el **Capítulo 9**, Sección K, página 288, para obtener información sobre la presentación de reclamos.

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

Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, puede solicitar seguir consultando a su proveedor. Estamos obligados a aprobar esta solicitud si puede demostrar que había una relación existente con su proveedor durante los 12 meses anteriores a la inscripción. Si se aprueba su solicitud, puede seguir consultando a su proveedor actual hasta 12 meses más. Después de los primeros 12 meses, puede que su atención ya no esté cubierta si continúa consultando al proveedor fuera de la red. Si necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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



G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

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

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) permite el modo de transporte cubierto con el costo más bajo y el transporte médico sin carácter de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte para su cita. Por ejemplo, si usted se puede transportar desde el punto de vista físico o médico en una camioneta para silla de ruedas, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) no pagará por una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica hace imposible cualquier tipo de transporte terrestre.

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

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

Para solicitar el transporte médico que le haya indicado su médico para **citas de rutina** no urgentes, llame a Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711) por lo menos 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga su tarjeta de identificación de miembro lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

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



Límites de transporte médico

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

G2. Transporte no médico

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

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

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública/privada de llegar a su cita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) utiliza Access2Care para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico con el costo más bajo que satisfaga sus necesidades.

A veces, puede recibir un reembolso por los viajes en un vehículo privado que organice. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) debe aprobar esto **antes** de que usted reciba el transporte y debe decirnos el motivo por el que no puede trasladarse de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos llamando o enviando un correo electrónico, o en persona. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo.**

El reembolso de millas requiere lo siguiente:

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

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



Para solicitar un viaje por servicios que han sido autorizados, llame a Servicios para Miembros de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) al 1-800-431-9007 (TTY: 711) por lo menos 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga su tarjeta de identificación de miembro lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

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

Límites de transporte no médico

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) proporciona el transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puedes conducir ni recibir reembolsos directamente.**

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

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

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

H1. Atención en una emergencia médica

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

- un riesgo grave para su salud o para la de su hijo por nacer; o
- un daño grave a las funciones del cuerpo, o

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



- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:
 - No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita aprobación ni la remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Realizaremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre el cuidado de emergencia, preferiblemente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*.

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



Puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio tiene un límite de \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de este folleto o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

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

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

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

- Es atendido por un proveedor de la red o
- La atención adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención de urgencia

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

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



Atención urgentemente necesaria en el área de servicios de nuestro plan

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

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

Si no puede o no es razonable obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos el cuidado urgentemente necesario que obtiene de un proveedor fuera de la red.

En caso de emergencia, llame al “911” o acuda al hospital más cercano.

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

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería en cualquier momento, de día o de noche. Usted puede comunicarse con nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando al 1-800-893-5597 (TTY: 711) que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Como miembro de Wellcare by Health Net, tiene acceso a los servicios ,de monitoreo o evaluación, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros si llama al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de Identificación o al final de esta página si necesita ayuda para encontrar un proveedor. Servicios para Miembros también puede transferirlo a la Línea de Consultas de Enfermería.

Atención urgentemente necesaria fuera del área de servicios de nuestro plan

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

Nuestro plan no cubre el cuidado urgentemente necesario ni ningún otro tipo de cuidado que reciba fuera de los Estados Unidos.

Los servicios *urgentemente necesarios* que se reciben fuera de los Estados Unidos podrían ser considerados una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte la “Atención de Emergencia” en la Tabla de Beneficios, en el **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de este folleto.

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



H3. Cuidado durante un desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, podrá obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección A8, página 169 de su *Manual para Miembros*.

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

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

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 195 de su *Manual para Miembros* para saber qué hacer.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios; **y**
- que se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*), **y**
- los obtenga siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

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



Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9**, Sección E, página 239, de su *Manual para Miembros*, se explica qué debe hacer si quiere que cubramos un servicio o un artículo médico. También se explica cómo presentar una apelación de nuestra decisión de cobertura. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

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

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, y usted muestre interés, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio, siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

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

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



Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales (NCD) y los ensayos con dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los miembros, lo alentamos a que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

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

- habitación y comidas para una estadía en un hospital que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- tratamiento de efectos secundarios y complicaciones relacionadas con la nueva atención

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

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



J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

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

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

K1. Definición de institución religiosa de salud que no es médica

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención médica.

Este beneficio se proporciona únicamente en servicios para pacientes internados (servicios no médicos de cuidado de la salud) de Medicare Part A.

K2. Atención en una institución religiosa no médica de atención médica

Para obtener cuidado de una institución religiosa de salud que no es médica, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El cuidado o tratamiento médico “no exceptuado” se refiere al cuidado **voluntario y no exigido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención médica que **no sea voluntaria y se exija** conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.

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



- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro:
 - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su internación **no** será cubierta.

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

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

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

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre serán de su propiedad. En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, puede adquirir la propiedad del DME, siempre y cuando sea médicamente necesario y deba utilizar el artículo a largo plazo. Además, su PCP, su grupo médico y/o Wellcare by Health Net deben autorizar, organizar y coordinar la entrega del artículo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711), para averiguar sobre los requisitos de alquiler o titularidad del equipo médico duradero y la documentación que debe proporcionar. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si adquiere la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el artículo necesita mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturar el costo de la reparación.

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



En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar. Aunque haya tenido el DME durante 12 meses consecutivos mientras estaba afiliado a Medicare antes de haberse afiliado a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

Nota: Encontrará definiciones de los planes Original Medicare y MA en el **Capítulo 12**. También encontrará más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o solicitarla al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no elige Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan MA para ser propietario del DME si ocurre lo siguiente:

- no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan; **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare o a un plan MA antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o a MA no cuentan como parte de los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan MA para ser propietario del DME.
- No haremos excepciones cuando vuelva a afiliarse a Original Medicare o a un plan MA

L3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan

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

- alquiler de equipos de oxígeno

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



- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA)

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

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

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- equipo de oxígeno y suministros durante un máximo de 5 años si es médicamente necesario.

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

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

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



Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre el plan Original Medicare. Puede preguntar en su nuevo plan MA qué equipo de oxígeno y qué suministros están cubiertos y cuáles serán los costos.

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



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

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

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

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



Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	87
A1. Durante emergencias de salud pública.....	87
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	87
C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	88
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	91
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	151
E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT).....	151
E2. Programa Dental de Medi-Cal.....	152
E3. Cuidados de atención para pacientes terminales.....	153
E4. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHHS).....	154
E5. 1915(c) Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).....	154
F. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal.....	158

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



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También puede obtener más información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**, Sección A, página 165 de su *Manual para Miembros*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3**, Sección B, página 53 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

A1. Durante emergencias de salud pública

Wellcare by Health Net seguirá todas y cada una de las directrices estatales y/o federales relacionadas con una emergencia de salud pública (PHE). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros miembros. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una PHE en www.wellcare.com/healthnetCA o comuníquese con Servicios para Miembros. Puede llamar a Servicios para Miembros al número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier gasto. Esto es así incluso pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7, Sección A**, página 195, de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros.

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



C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

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

- Debemos brindar sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal según las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen la atención médica, la salud conductual y los servicios de consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos deben ser “médicamente necesarios”.
Médicamente Necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. *“Un servicio es médicamente necesario” cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante o aliviar un dolor intenso.*
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o un cuidado urgentemente necesario, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión del médico. *En el Capítulo 3, Sección D, página 56, de su Manual para Miembros, hay más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.*
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. *En el Capítulo 3, Sección D, página 56, de su Manual para Miembros, hay más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.*

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



- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos en cursiva los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan autorización previa.

Información importante sobre beneficios para todos los miembros que participan en los servicios de Planificación de atención médica y bienestar (WHP)

- Debido a que Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) participa en el Programa de Diseño de Seguros del Bienestar y el Cuidado de la Salud Basado en el Valor, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP):
 - Si no puede tomar decisiones por sí mismo en el futuro sobre su atención médica, los profesionales médicos pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos. La planificación anticipada de la atención significa tener conversaciones y tomar decisiones sobre la atención que le gustaría en el futuro.
 - Lo ayudaremos con los formularios necesarios para otorgarle a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted, si es que alguna vez es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- Puede obtener asistencia para la planificación anticipada de la atención en cualquier momento comunicándose con nuestro plan.
- WHP y ACP son voluntarios y usted es libre de rechazar estos servicios.
- Si recibe “Extra Help” para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos y/o para una distribución de costos reducida dirigida.
- Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4, Sección D**, página 91.
- Los miembros califican para la eliminación de su distribución de costos para los medicamentos de la Part D. Consulte el **Capítulo 6** para obtener más información.

Medicare aprobó Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para proporcionar estos beneficios como parte del Programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.
- **Apoys Comunitarios:** *Los apoyos comunitarios podrían estar disponibles en su Plan de Atención Personalizado.* Los apoyos comunitarios son servicios o

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



entornos alternativos médicamente apropiados y asequibles. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya recibe en virtud de Medi-Cal. Algunos ejemplos de Apoyo Comunitario que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas adaptadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador o barras de sujeción y rampas para la ducha. Si necesita ayuda o si le gustaría saber qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711), su coordinador de atención o llame a su proveedor de atención médica. Los horarios de atención de Servicios para Miembros son los siguientes: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

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



D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Análisis del uso indebido de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagaremos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si se confirma su abuso de alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si puede y presta atención durante el asesoramiento), proporcionadas por un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado o un profesional en un centro de cuidado primario.</p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no-sea de emergencia, incluyen servicios de transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Para otros casos (que no sean de emergencia), debemos aprobar los servicios de ambulancia. En casos que no son emergencias, podríamos cubrir una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>Examen físico anual incluye examen del corazón, los pulmones, sistemas abdominal y neurológico, así como también un examen físico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y antecedentes familiares/médicos detallados, además de los servicios incluidos en la visita de bienestar anual.</p>	\$0
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Puede recibir un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses a partir de su visita preventiva Le Damos la Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que usted haya tenido la visita Le Damos la Bienvenida a Medicare para tener cobertura de las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Part B durante 12 meses.</p>	\$0
<p>Servicios Preventivos para el Asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar factores desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para miembros que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Examen de diagnóstico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años • una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con algunas condiciones y contar con la remisión de un médico.</p> <p>También se cubren programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubrirá una visita por año a su proveedor de cuidado primario (PCP), o más si es médicamente necesario, para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de la aspirina; • controlarle la presión arterial; y/o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. 	\$0
	<p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Examen de diagnóstico de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que tienen entre 30 y 65 años: una prueba del virus del papiloma humano (VPH) o un examen de Papanicolaou más una prueba del VPH una vez cada 5 años. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación <p>Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos suplementarios (no cubiertos por Medicare) hasta 24 consultas por año.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de diagnóstico. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan un alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de diagnóstico o sigmoidoscopia flexible de diagnóstico. <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)</p> <p>Los CBAS son un programa comunitario de cuidado diurno que brinda servicios a personas mayores y adultos con discapacidades y/o condiciones crónicas médicas, cognitivas o de salud mental y que los pone en riesgo de necesitar atención en una institución.</p> <p>El Programa CBAS es una alternativa a la atención institucional para beneficiarios de Medi-Cal que pueden vivir en el hogar con la ayuda de servicios apropiados de salud, rehabilitación, cuidado personal y servicios sociales. El Programa CBAS enfatiza la asociación con el participante, la familia y/o cuidador, el médico de cuidado primario, y la comunidad en el trabajo por mantener la independencia personal.</p> <p>Los servicios ofrecidos en el centro incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de salud mental • Actividades terapéuticas • Servicios sociales • Cuidado personal • Comidas calientes y asesoramiento nutricional • Transporte de ida y vuelta al domicilio del participante <p>Nota: Si no hay un centro CBAS disponible, podemos brindar estos servicios por separado.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Para los miembros de Medi-Cal, muchos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal, que incluye, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes dentales (cada 12 meses) • Limpieza dental (cada 12 meses) • Limpieza dental y alisado radicular • Laca fluorídica (cada 12 meses) • Radiografías • Empastes • Coronas (Las coronas en molares o premolares (dientes posteriores) pueden estar cubiertas en algunos casos) • Conductos radiculares • Prótesis dentales parciales y completas • Rebasado de prótesis dentales • Extracción de dientes • Servicios de emergencia <p>Puede encontrar más información sobre sus beneficios dentales de Medi-Cal en https://smilecalifornia.org o llamando al 1-800-322-6384. La llamada es gratuita.</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental Fee-for-Service y Dental Managed Care (DMC). Los representantes del Programa de Pago por Servicio de Medi-Cal Dental están disponibles para asistirlo desde las 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2922. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Además de los Beneficios Dentales cubiertos por Medical, nuestro plan Wellcare Dual Align cubre servicios y procedimientos dentales adicionales. Los servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas: metales nobles, una vez por diente, cada 5 años calendario • Protodoncias (dentaduras postizas): cada 2 años calendario por arco • Puentes: cada 5 años calendario por diente <p>Se aplican exclusiones y limitaciones.</p> <p>En nuestro sitio web también hay disponible información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de procedimientos cubiertos, exclusiones y limitaciones.</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Visite www.wellcare.com/healthnetCA, haga clic en Shop for Plans (Comprar planes) en la parte superior de la página web y, a continuación, seleccione Plan Benefit Materials (Materiales de Beneficios del Plan). Seleccione Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura (EOC)). Localice Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) en la lista para encontrar Información de Beneficios Dentales para este plan.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p> Examen de diagnóstico de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y/o remisiones del médico.</p>	\$0
<p> Examen de diagnóstico de diabetes</p> <p>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes hiperglucemia (glucosa) <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de control de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para el control de glucosa en sangre ○ dispositivos tipo lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; • ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación)</p> <p>Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). No se cubren otras marcas, a menos que sea médicamente necesario y cuenten con autorización previa.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Servicios de doula</p> <p>Para las personas embarazadas, pagamos nueve consultas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p>	\$0
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener una definición de “Equipo Médico Duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas • muletas • colchones eléctricos • almohadillas de presión en seco para colchones • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bombas y poste de infusión intravenosa (IV) • dispositivos generadores del habla • suministros y equipo de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastones estándar de agarradera curva o de cuatro apoyos y los suministros de reemplazo • equipo de tracción cervical (de puerta) • estimulador óseo • equipo para el cuidado del sistema de diálisis <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p> <p>Póngase en contacto con Servicios para Miembros para que le ayuden a localizar otro proveedor que puede llevar el artículo específico.</p> <p>También se cubre el equipo médico duradero para su uso fuera del hogar, que no está cubierto por Medicare.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión. Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia comprende los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o para la de su hijo por nacer; ● • un daño grave a las funciones del cuerpo, ● • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • en el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</p> <p>Se define como atención de urgencia o de emergencia y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Se limita a servicios que serían clasificados como de emergencia, de cuidado urgentemente necesario o posteriores a la estabilización si hubieran sido brindados en los Estados Unidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de otro modo podría poner en peligro su salud. • Los impuestos y tasas en el extranjero (incluidos, entre otros, • comisiones de conversión de divisas o de transacción) no están cubiertos. <p>Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.</p>	<p>\$100</p> <p>No se renuncia la distribución de costos por visita de servicios urgentemente necesarios/sala de emergencia a nivel mundial si lo admiten para recibir atención en el hospital para pacientes internados.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • pruebas de diagnóstico y laboratorio de planificación familiar • métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos) • suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón cervical) <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoramiento y pruebas para detectar VIH y SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • métodos anticonceptivos permanentes (debe tener más de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización, dentro de los 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • asesoría genética <p>También se cubrirán otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para la infertilidad (Este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • prueba genética 	
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Ofrecemos varios programas que se centran en ciertas enfermedades. Estos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clases de educación para la salud; • clases de educación sobre nutrición; • Orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco; y <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea Directa de Enfermería • Beneficio de acondicionamiento físico <p>El plan ofrece una membresía para un programa de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales que se pueden usar en una variedad de gimnasios o centros de acondicionamiento físico locales.</p> <p>Tendrá 32 créditos para usar cada mes. Los créditos se pueden usar para cubrir la membresía mensual en un gimnasio con visitas ilimitadas y/o clases en un centro de acondicionamiento físico, cajas de materiales para hacer ejercicios en el hogar y videos de acondicionamiento físico. Los créditos no utilizados de la asignación mensual no se transfieren al mes siguiente.</p> <p>Para obtener más información acerca de la membresía de aptitud física, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS): <p>Cobertura de un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y la cuota mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias brinda tranquilidad y genera una respuesta a sus necesidades emergentes y no emergentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los miembros pueden elegir un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) “cableado” tradicional que se conecte a través de una línea fija o seleccionar un sistema inalámbrico. Para sistemas cableados, se necesita un teléfono fijo existente.</p> <p>Para obtener más información, llame al Servicio de Miembros.</p>	

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de diagnóstico de VIH</p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH, o • Tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las embarazadas, se cubren hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos otras pruebas de detección del VIH cuando lo recomiende su proveedor.</p>	\$0
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de salud en el hogar debe proporcionarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio, deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • terapia física, ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados de atención para pacientes terminales</p> <p>Usted tiene el derecho de elegir el cuidado de atención para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de atención para pacientes terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de centro para pacientes terminales certificado por Medicare en el área de servicios del plan. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidados de relevo de corto plazo • cuidado en el hogar <p>Los servicios de atención para pacientes terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F, página 158, de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Part A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B. Cubrimos los servicios si están o • no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga estos servicios. <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados de atención para pacientes terminales (continuación)</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 181, de su <i>Manual para Miembros</i>. <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal.</p> <p>Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Inmunizaciones</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • vacuna contra la Hepatitis B, si usted presenta un riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si es persona de riesgo y las mismas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, página 192, de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.</p> <p><i>Algunos medicamentos de la Part B requieren autorización previa para ser cubiertos.</i></p>	\$0
<p>Servicios de apoyo en el hogar</p> <p>Si cumple con ciertos criterios clínicos, ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar, incluidas limpieza, tareas del hogar y preparación de comidas, además de proporcionar asistencia para actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>Debe utilizar sus beneficios de IHSS de Wellcare Dual Align antes de usar los beneficios de IHSS de Medi-Cal FFS.</p> <p>Los servicios deben estar recomendados o solicitados por un clínico licenciado del plan o un proveedor licenciado del plan. Puede participar en la administración de la atención o puede estar evaluado por un administrador de la atención.</p> <p>Se requiere documentación de uno de los siguientes para los servicios:</p> <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de apoyo en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Alzheimer u otro tipo de demencia • Cirugía de reemplazo de articulaciones • Recuperación tras una caída • Amputación de una extremidad • Cirugía de cataratas/retina/otro tipo de cirugía ocular • Enfermedad cardiopulmonar en etapa avanzada • Accidente cerebrovascular • Ambulación con dispositivo de asistencia • Discapacidad en la visión • Hospitalizaciones frecuentes • Visitas frecuentes a la sala de emergencias • Después de la cirugía con enfermedades crónicas, incluidas una de las siguientes: diabetes, COPD, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), infección del tracto urinario (UTI), enfermedad renal, cáncer o diagnóstico de salud conductual. <p>Los servicios se proporcionarán en incrementos de 4 horas con un máximo de 12 consultas por año. Para obtener más información, llame al Servicio de Miembros.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en hospital para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) • comidas, incluyendo las dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costo de unidades de cuidado especial (como unidades de cuidado intensivo o cuidado coronario) • medicamentos • pruebas de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicio de salas de operación y recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • en algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplante intestinal y multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad.</p> <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada.</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en hospital para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluido su almacenamiento y administración • servicios de médicos <p>Nota: Para que usted pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!". Esta hoja informativa se encuentra disponible en el sitio web en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta</p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si usted ha usado todo su beneficio como paciente internado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos en los que no se cubre la atención para pacientes internados, puede que se cubran los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos • pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: <ul style="list-style-type: none"> ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) ○ ○ la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. • aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y brazos, piernas y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • fisioterapia, terapia del habla y ocupacional <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección D4, página 63, de su <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para controlar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” en esta tabla.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años; y • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años <p>Luego del primer examen de detección, nuestro plan cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Comidas para el tratamiento de enfermedades posagudas:</p> <p>Para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días por un total de 42 comidas, sin costo adicional para usted. Puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas estables o un caso de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficio total, con un máximo de una caja de batidos por cada ocasión.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros para programar la entrega de comidas. Los números de teléfono se encuentran en la parte inferior de esta página.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	\$0
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan cubrirá los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; • aumento de la actividad física; y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios • insulina suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan • los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia • medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante del órgano • medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento • antígenos • ciertos medicamentos orales anticancerígenos y para combatir las náuseas <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos con receta Medicare Part B y Part D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, página 165, de su <i>Manual para Miembros</i>, se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se explican las reglas que debe seguir para tener cubiertas las recetas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C2, página 191 de su <i>Manual para Miembros</i>, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



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

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y suministro de estos medicamentos • asesoramiento por consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas) <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y los suministros para los técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluido su almacenamiento y administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ (incluidas las de alta complejidad, como tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas de emisión monofotónica (SPECT)) <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información acerca de ser paciente internado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico o psiquiatra con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un profesional de enfermería (NP) <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental de pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional calificado de salud mental de Medicare, según lo permitido en las leyes estatales aplicables <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento de día • Servicios psicosociales de rehabilitación. • Programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios. • Evaluación y tratamiento individual y grupal de la salud mental. • Exámenes psicológicos cuando son indicados clínicamente para evaluar un resultado de salud mental. • Servicios para pacientes ambulatorios para controlar la terapia de medicamentos. • Servicios de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. • Consultas psiquiátricas. <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



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

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud del comportamiento (mental) activa que se brinda como servicios para pacientes ambulatorios de un hospital, en un centro de salud mental comunitario, un centro de salud habilitado Federalmente o una clínica de salud rural que proporciona cuidados más intensivos que los que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensivos que los cuidados de la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en los siguientes lugares: • consultorio de un médico; • centro quirúrgico ambulatorio certificado; • departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • consulta, diagnóstico y tratamiento provistos por un especialista • exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de cuidado primario, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud, incluyen servicios urgentemente necesarios, servicios médicos a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podología, otro profesional de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje, sesiones individuales ambulatorias para abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes. <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio a través de telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan ofrece acceso a visitas virtuales con médicos certificados a través de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a abordar una amplia variedad de preocupaciones/preguntas de salud. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <p>Entre los servicios cubiertos, se incluye la medicina general, la salud conductual, la dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como teleconsulta) es una consulta con un médico por teléfono o Internet mediante un teléfono inteligente, una tablet o una computadora. Para algunos tipos de consulta, es posible que necesite Internet y un dispositivo con cámara.</p> <p>Para obtener más información, o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del miembro • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias ● servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Habilitados Federalmente ● registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5-10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es paciente nuevo; y ○ el registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ el registro no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible ● Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no implica una visita al consultorio en 24 horas o la cita más próxima disponible <p>Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas ○ recomposición de fracturas faciales o de la mandíbula ○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas ○ servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • cuidado de los pies rutinario para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes <p>Hasta 12 visitas para el cuidado de rutina adicional de los pies por año.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de tacto rectal digital • prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	\$0
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Se cubrirán los siguientes dispositivos protésicos y es posible que también otros dispositivos no se detallen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención de colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos los equipos de suministros para alimentación, la bomba de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los suministros para las inyecciones autoadministradas • marcapasos • aparatos ortopédicos • calzado protésico • piernas y brazos artificiales • prótesis mamarias (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar toda o una parte externa del rostro que haya sido extraída o afectada debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> crema y pañales para la incontinencia. <p>Se pagarán algunos dispositivos relacionados con las prótesis. También se cubren las reparaciones o los dispositivos de reemplazos de prótesis.</p> <p>Ofrecemos cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla, para obtener más información.</p> <p>No se pagarán las prótesis dentales.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión del médico para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la enfermedad.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de infecciones de transmisión sexual y orientación</p> <p>Nosotros pagamos los exámenes de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluyendo las dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, ocupacional y del habla • los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería • pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería • Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted haya residido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centro de enfermería) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Dejar de fumar y de consumir tabaco</p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas de orientación en persona. <p>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales. 	\$0
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>Cubriremos la SET (por sus siglas en inglés) para miembros con enfermedad de la arteria periférica (PAD) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales con el tiempo si se considera médicamente necesario por un proveedor de atención médica <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • debe realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • debe ser realizada por personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero especialista capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	
<p>Transporte: Transporte no médico</p> <p>Este beneficio de Medicare y Medi-Cal permite el acceso al transporte hacia los servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>Se requiere transporte para obtener la atención médica necesaria, incluido el viaje a las citas dentales y para recoger los medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Nuestro plan Medicare cubre 24 viajes de ida dentro de nuestra área de servicios. El transporte de más de 24 viajes está cubierto en virtud del beneficio de Medi-Cal. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios necesarios. Puede obtener transporte para ir a lugares de atención médica como sus médicos, especialistas y dentista.</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: Transporte no médico (continuación)</p> <p>Los viajes están limitados a 75 millas en una sola dirección, a menos que hayan sido aprobados previamente por el plan. Para reservar el transporte, llame al número de teléfono del transporte que aparece en el reverso de su Tarjeta de Identificación de Miembro. Para atención de rutina, llame con hasta 1 mes y, por lo menos, 3 días de anticipación. Los recorridos en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Para obtener más información sobre las ubicaciones aprobadas por el plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Tenga en cuenta que los servicios de transporte médicamente necesarios deben recibirse de un proveedor de la red a fin de estar cubiertos por el plan. Los vehículos pueden transportar múltiples ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en ubicaciones distintas al destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de consultar cualquier necesidad o preferencia especial al programar su recorrido.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo obtener transporte médico que no sea de emergencia, consulte el Capítulo 3, Sección G2, página 72.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención requerida de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata; ○ • una enfermedad repentina, ○ • una lesión, ○ • una afección que necesita atención de inmediato. <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia (continuación)</p> <p>Si necesita atención requerida de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero que no es una emergencia médica).</p>	
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen ocular de rutina por año y <p>Pagamos los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales de retinopatía diabética en personas diabéticas y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes; • afroamericanos de 50 años en adelante • hispanoamericanos de 65 años en adelante <p>Se cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque una lente intraocular.</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la visión (continuación)</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera.</p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para personas en riesgo de desarrollar glaucoma y un examen de retina para diabéticos. • Pares ilimitados de anteojos recetados cada año hasta un beneficio máximo de \$300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Lentes de anteojos únicamente o ○ Marcos de anteojos únicamente o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones de accesorios para la vista <p>Nota: el cargo de adaptación de los lentes de contacto está cubierto por el plan.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$300 Cada año se aplica al costo de venta minorista de marcos y/o lentes (que incluye cualquier opción de lentes, como tonalidades y revestimientos).</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo que exceda el beneficio máximo por anteojos suplementarios (es decir, de rutina).</p> <p>Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo suplementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio suplementario para anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare</p> <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la visión (continuación)</p> <p>Nota: La cobertura de los servicios de la visión de rutina es un beneficio suplementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p> <p>Los servicios de la vista deben obtenerse a través de la red de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en: www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>	
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud; • educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas); y • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Le damos la bienvenida a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que usted tiene Medicare Part B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>Recibirá \$75 mensuales precargados en su tarjeta Wellcare Spendables™. El monto máximo de beneficio es de \$900 cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su asignación mensual se acumula al mes siguiente si no se utiliza y caduca al final del año del plan. <p><u>Su tarjeta de crédito se puede utilizar para lo siguiente:</u></p> <p>Artículos de venta libre (OTC) Puede utilizar su tarjeta en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de marca y genéricos de venta libre • Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia, artículos para la diabetes • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en las tiendas minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo. <p>Nota: Bajo ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos bajo los beneficios médicos del plan. Siempre que sea posible, debe usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC para estos artículos.</p> <p><u>Debido a que su plan participa en el Programa de Diseño de Seguros Basados en el Valor, también puede utilizar su tarjeta para cualquiera de los siguientes beneficios:</u></p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por la tarjeta Wellcare Spendables™.</p> <p>El importe asignado se puede utilizar para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Artículos OTC -Alimentos saludables -Pago en gasolineras -Asistencia con los servicios públicos -Ayuda con el alquiler <p>Los gastos de envío y entrega en línea utilizarán los fondos asignados. El envío es gratuito con un mínimo de \$35</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™ (continuación)</p> <p>Comida Saludable Puede usar su tarjeta para alimentos y productos saludables en las tiendas participantes. Comidas preparadas disponibles para pedido a través del portal en línea. La tarjeta no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carne y aves de corral • Frutas y verduras • Bebidas nutricionales • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en las tiendas minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo. <p>Pago en la gasolinera Puede utilizar su tarjeta para pagar la gasolina directamente en la gasolinera. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible.</p> <p>Asistencia con los servicios públicos Usted puede usar su tarjeta para contribuir con el costo de los servicios públicos para su hogar. Inicie sesión en su portal para miembros para pagar a los proveedores de servicios públicos o pague directamente a los proveedores de servicios públicos cuando se acepten los pagos. La tarjeta no se puede utilizar para configurar pagos periódicos automáticos.</p> <p>Los gastos aprobados para este beneficio incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de electricidad, gas, sanitarios/residuos y de agua <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>.</p>

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™ (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de telefonía fija y celular • Servicio de Internet • TV por cable (no incluye servicios de streaming) • Determinados gastos derivados del petróleo, como el aceite para la calefacción del hogar <p>Ayuda con el alquiler Usted puede usar su tarjeta para contribuir con el costo del alquiler para su hogar. Inicie sesión en su portal para miembros para pagar a los proveedores o pague directamente a los proveedores en los que se aceptan pagos.</p> <p><u>Cómo utilizar la tarjeta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Active su tarjeta antes de utilizarla. Las instrucciones se incluyen en la carta que recibió con su tarjeta. • Visite un distribuidor participante, inicie sesión en el enlace del portal que se indica a continuación o descargue la aplicación móvil. • Seleccione los artículos/servicios aprobados. • Diríjase a la caja de la tienda y pague con su tarjeta Wellcare Spendables™. Para pedidos en línea o a través de aplicaciones móviles, introduzca el número de su tarjeta al pasar por caja. • Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ser ingresada como “crédito” para el pago. Si se lo solicitan, su PIN son los últimos 4 dígitos del número de su tarjeta. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que haya utilizado su asignación de gastos, será responsable del costo restante de sus compras. • Los artículos adquiridos en la tienda se pueden devolver siguiendo las políticas de devolución y cambio de los minoristas. <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

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



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™ (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su tarjeta no funciona correctamente o si tiene algún problema técnico, comuníquese con nosotros al número que aparece a continuación. • Wellcare no se hace responsable de las tarjetas perdidas o robadas. • La tarjeta Wellcare Spendables™ es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. • Pueden corresponder limitaciones y restricciones. • Este no es un beneficio de Medicaid. <p>Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™ o solicitar un catálogo, llame al 1-855-744-8550, TTY: 711. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web member.membersecurelogin.com.</p>	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

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

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



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

Para los servicios de coordinación de transición de CCT (por sus siglas en inglés)

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

Para los servicios que no están relacionados con su transición del programa CCT (por sus siglas en inglés)

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

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

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección F, página 180 de su *Manual para Miembros*.

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

E2. Programa Dental de Medi-Cal

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

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conductos radiculares
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

Los beneficios dentales se ofrecen a través del Programa Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente, al 1-800-322-6384 (los

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



usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa de servicios dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar el sitio web www.dental.dhcs.ca.gov para obtener más información.

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

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

E3. Cuidados de atención para pacientes terminales

Usted tiene el derecho de elegir el cuidado de atención para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de atención para pacientes terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centro para pacientes terminales certificado por Medicare. Su médico del centro para pacientes terminales certificado por Medicare puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

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

Para servicios de atención para pacientes terminales y servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal

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

Para los servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B que no están relacionados con su pronóstico terminal

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

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

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



- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección F3, página 181, de su *Manual para Miembros*.

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

E4. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa IHSS ayudará a pagar los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de convalecencia o los centros de alojamiento y cuidado.
- Los tipos de servicios que pueden ser autorizados a través de IHSS son limpieza a domicilio, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidado de intestino y vejiga, baños, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para los discapacitados mentales.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS con la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener la información de contacto de la agencia de servicios sociales del condado, consulte el **Capítulo 2**, Sección J, página 42.

E5. 1915(c) Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Exención de Vida Asistida (ALW)

- La Exención de Vida Asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. La meta del ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un ambiente hogareño y comunitario o evitar las admisiones de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en ALW y fueron transferidos a Medi-Cal Managed Care pueden permanecer inscritos en ALW mientras también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su

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



Agencia de Coordinación de Atención de ALW para coordinar los servicios que usted recibe.

- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el ALW. Para ver la lista actual de las agencias de coordinación de atención ALW participantes, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx>.

Exención de HCBS para Californianos con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-DD)

Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para Personas con Discapacidades del Desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que proporcionan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una manera de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en el hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el Estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectar con los servicios de exención de DD.

Exención Alternativa Basada en el Hogar y en la Comunidad (HCBA)

- La Exención de HCBA provee servicios de administración de cuidados a personas en riesgo de ir a un centro de convalecencia o de una colocación institucional. Los servicios de administración de la atención son prestados por un Equipo Multidisciplinario de Administración de la Atención, compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (tales como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de cuidados y Exención se proporcionan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilinos o la residencia de un miembro de la familia del participante.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de HCBA y que fueron transferidos a Medi-Cal Managed Care pueden permanecer inscritos en la Exención de HCBA mientras también reciben los beneficios proporcionados por

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



nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones de HCBA para coordinar los servicios que usted recibe.

- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el ALW. Para obtener más información, consulte [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) proporciona servicios integrales de administración de casos y atención directa a personas que viven con el VIH como una alternativa a la atención en centros de enfermería u hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en una enfermera registrada y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y el proveedor de cuidado primario, la familia, el cuidador y otros proveedores de servicios, para evaluar las necesidades de atención a fin de mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Las metas del MCWP son: (1) proveer servicios basados en el hogar y en la comunidad para personas con VIH que de otra manera podrían requerir servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la administración de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo de salud social y conductual; (4) coordinar los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MCWP y fueron transferidos a Medi-Cal Managed Care pueden permanecer inscritos en la Exención de MCWP mientras también reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones de MCWP para coordinar los servicios que usted recibe.
 - Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MCWP. Para obtener más información, visite https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

- El Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP) provee servicios sociales y de administración de atención médica para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.

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



- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de Apoyo en el Hogar, MSSP proporciona coordinación continua de cuidados, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con los proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que no están disponibles para evitar o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de salud y servicios sociales proporciona a cada participante del MSSP una evaluación completa de salud y psicosocial para determinar los servicios necesarios. El equipo trabaja entonces con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen lo siguiente:
 - administración de la atención
 - cuidado diurno para adultos
 - reparaciones/mantenimiento menores en el hogar
 - servicios adicionales de cuidado personal, cuidado personal y servicios de supervisión de protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - servicios de asesoramiento y terapéuticos
 - servicios de comidas
 - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MSSP y que fueron transferidos a Medi-Cal Managed Care pueden permanecer inscritos en la Exención de MSSP mientras también reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el MSSP.

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



Información de Contacto de la Agencia

- San Diego County: Servicios para Personas Mayores e Independientes; Teléfono: 1-855-964-3900 (TTY-711)
- Tulare County: Agencia para Personas Mayores del Área de Kings-Tulare; Teléfono: 1-559-623-0199 (TTY-711)
- Sacramento County: California Health Collaborative; Teléfono: 1-916-374-7739 (TTY-711)
- Los Angeles County:
 - Human Services Association; Teléfono: 1-626-358-1185 (TTY-711)
 - Huntington Hospital; Teléfono: 1-626-397-3110 (TTY-711)
 - Jewish Family Services of LA; Teléfono: 1-310-247-0864 (TTY-711)
 - Partners in Care; Teléfono: 1-818-837-3775 (TTY-711)
 - Scan Independence at Home; Teléfono: 1-866-421-1964 (TTY-711)

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

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

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

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para Miembros*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que nuestro plan debería pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 225 de su *Manual para Miembros*.

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

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



- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los mencionemos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos experimentales y quirúrgicos, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3**, Sección I, página 77 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- servicios de enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo
- las tarifas que le cobran sus parientes cercanos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios electivos o voluntarios para mejorar (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario
- cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría
- atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura
- cuidado de los pies de rutina, excepto los servicios descritos en “Servicios de Podología” en la Tabla de Beneficios de la Sección D

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



- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o si el calzado es para una persona con pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente
- inversión de los procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a los veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital del VA y la distribución de costos del VA supera la distribución de costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde de la distribución de costos.

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



Capítulo 5: Obtención de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le pide que obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y por Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, se trata de medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Entre estos se incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le entregan durante una visita a un consultorio médico o a otro proveedor y los medicamentos que recibe en las clínicas de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está recibiendo atención para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección F, página 180 “Si está en un programa de un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare”.

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

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

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



Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para su atención.

El profesional que expide sus recetas **no** debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare ni en ninguna lista de Medi-Cal.

Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta.

El medicamento recetado debe figurar en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

- Si no está en la Lista de Medicamentos, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9**, Sección G2, página 262 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Su médico puede ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta. Para medicamentos cubiertos por Medi-Cal, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

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



Índice

A. Surtido de las recetas médicas	165
A1. Surtido de la receta médica en una farmacia de red	165
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta médica.....	165
A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red	165
A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?	166
A5. Uso de una farmacia especializada	166
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	167
A7. Obtención de suministros de medicamentos a largo plazo	169
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	169
A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta	170
B. Lista de medicamentos de nuestro plan.....	170
B1. Medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos.....	170
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.....	171
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	172
C. Límites de algunos medicamentos.....	173
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto	175
D1. Obtención de un suministro temporal	175
D2. Cómo solicitar un suministro temporal.....	177
D3. Cómo solicitar una excepción.....	178
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	178
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	180
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan.....	181

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



F2. En un centro de atención a largo plazo.....	181
F3. En un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare	181
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos	182
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos en forma segura	182
G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos	182
G3. Programa de administración de medicamentos para usar medicamentos opioides de manera segura.....	183

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



A. Surtido de las recetas médicas

A1. Surtido de la receta médica en una farmacia de red

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

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

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta médica

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

Recuerde que necesita su Tarjeta de Identificación de Miembro o su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos de Medi-Cal Rx.

Si no tiene su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Puede solicitar que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7**, sección A, página 195 de su *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención.

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

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

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



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

A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?

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

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

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas deben dispensarse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

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

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

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



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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de compra por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

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

En general, obtendrá una receta de compra por correo entre 10 y 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Procesos de pedido por correo

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

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

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

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

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

- Usted utilizó servicios de envío por correo con nuestro plan en el pasado o

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



- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia complete y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

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

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

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

3. Resurtido de recetas mediante el servicio de pedidos por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Este programa nos permite comenzar a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

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

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



Para dejar de utilizar el programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros o a su farmacia para pedidos por correo: Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan contactarlo y confirmar su pedido antes del envío. Debe verificar su información de contacto cada vez que realice un pedido, en el momento de inscribirse en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

A7. Obtención de suministros de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro para 100-días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se indica qué farmacias pueden ofrecerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red de nuestro plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6**, página 167, para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo.

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

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios en las cuales usted puede obtener sus recetas médicas como miembro de nuestro plan.

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

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.

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



- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

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

En estos casos, consulte con su coordinador de atención o llame a Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta

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

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

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 195, de su *Manual para Miembros*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

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

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

B1. Medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal

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



Rx al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca. También existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca cumplirá con sus necesidades.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

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

- Visite el sitio web del plan en www.wellcare.com/healthnetCA. La Lista de Medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Part D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información
- Utilice nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” en www.wellcare.com/healthnetCA o llame a su *coordinador de atención* o a Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en

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



la Lista de Medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma condición. *Los planes pueden insertar información adicional sobre la Herramienta de Beneficios en Tiempo Real, como recompensas e incentivos, que se pueden ofrecer a los inscritos que utilicen la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real”.*

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro plan no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío*

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



- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, a excepción de las vitaminas prenatales y los preparados con fluoruro*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe realizarse pruebas o servicios que solo ellos ofrecen

* Los productos seleccionados pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

C. Límites de algunos medicamentos

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

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que indicarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de su *Manual para Miembros*.

1. Limitar el uso de una marca comercial o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión biosimilar genérica o intercambiable

Por lo general, un medicamento “genérico” o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico y, generalmente, cuesta menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión

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



genérica o biosimilar sustituible de un medicamento de marca o un producto biológico original, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o biosimilar sustituible.

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar sustituible no funcionará para usted o ha escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original o nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar sustituible, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

3. Probar un medicamento diferente primero

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

Si el Medicamento A **no** funciona, entonces cubriremos el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros al www.wellcare.com/healthnetCA. Si no

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



está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Para obtener más información al respecto, consulte la **Sección E**, página 239, del **Capítulo 9** del *Manual para Miembros*.

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

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Podemos cubrir la versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, en la página 173 de este capítulo, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que expide recetas pueden solicitar una excepción a la regla.

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

D1. Obtención de un suministro temporal

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

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de Medicamentos
 - nunca estuvo en nuestra Lista de Medicamentos
 - ahora está limitado de alguna manera.

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



2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:

- Usted estaba en nuestro plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.

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



- Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta se establecen menos días. Esto es adicional al caso anterior de suministro temporal.
- Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de atención a largo plazo o sale de uno.
- Si sale de un centro de atención a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total.
- Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

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

- Cambio a otro medicamento.

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

○

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si el

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



proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

D3. Cómo solicitar una excepción

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

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de su *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

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



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

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

- Consulte nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.wellcare.com/healthnetCA o
- Llame al Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página, para consultar nuestra Lista de Medicamentos actual.

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

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

Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de este *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de nuestra Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos. Consulte a su médico sobre otras opciones.

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



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

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

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

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

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expide recetas. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si existe un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de su *Manual para Miembros*.

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

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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



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

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

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo (como los centros de enfermería) tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Si no lo es o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro atención para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos contra el dolor (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de atención para pacientes terminales porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las condiciones derivadas, antes de poder cubrir el medicamento, debemos recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de atención para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o al profesional que expide recetas que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

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



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

Consulte las partes anteriores de este capítulo que le explican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4**, Sección E3, página 153, de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre el beneficio del centro de atención para pacientes terminales.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

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

Cada vez que surta una receta, evaluaremos los problemas posibles, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo
- podrían no ser seguros para su edad o sexo
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En dichos casos, es posible que sea elegible para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos estén actuando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

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



- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre

Luego, le darán:

- Un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos con receta y que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la consulta o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud.
- También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

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

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser

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



objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que recibe estos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

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

Si pensamos que una o más limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9**, Sección G6, página 269 de su *Manual para Miembros*)

Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

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

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



Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta Medicaid de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos con receta de Medicare Part D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx y
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales

Debido a que es elegible para Medi-Cal, usted recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los medicamentos con receta de la Part D. Le hemos enviado un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Extra Help para Pagar los Medicamentos con Receta” (también conocido como “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS Rider”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite el folleto “LIS Rider”.

Extra Help es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

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

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A esto lo llamamos “Lista de Medicamentos”. Le informa lo siguiente:
 - qué medicamentos pagamos;
 - si hay algún límite para el medicamento

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



- si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en www.wellcare.com/healthnetCA.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por nuestro plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5**, Sección A, página 165 de su *Manual para Miembros*.
 - Este capítulo informa cómo obtener los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5**, Sección B2, página 171), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* contiene una lista de las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5**, Sección A, página 165, de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

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



Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	188
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos.....	189
C. No paga nada por el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	191
C1. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo.....	191
C2. Lo que paga	191
D. Vacunas	192
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse	193

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



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

En nuestro plan, se realiza un seguimiento de los medicamentos recetados. Llevamos un registro de los costos:

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

Cuando obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con una distribución de costos más baja que pueden estar disponibles. Puede hablar con el profesional que expide recetas sobre estas opciones más económicas. En la EOB, se incluye la siguiente información:

- **Información sobre el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagamos y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y todo cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para sus gastos de bolsillo totales.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medi-Cal

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



al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero que gastó para comprar el medicamento.

A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 195, de su *Manual para Miembros*.

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



3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un AIDS drug assistance program (ADAP), el Servicio de Salud para Comunidades Indígenas y la mayoría de las obras benéficas se consideran para sus gastos de bolsillo.

4. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Tomó medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos incluidos?** ¿Coinciden con los que aparecen en los recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net o leer *el Manual para Miembros de Wellcare by Health Net*, al que se puede acceder en nuestro sitio web: www.wellcare.com/healthnetCA.

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, por favor llámenos a Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net. *También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.wellcare.com/healthnetCA.*

¿Qué hay de un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, por favor contáctenos.

- Llame a Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si usted sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, dispendio o abuso, es su derecho denunciarlo al número confidencial gratuito 1- 800-822-6222. Otros métodos para reportar fraude de Medi-Cal se pueden encontrar en:

www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

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



Si cree que falta algo en el informe, que algo está mal, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. No paga nada por el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Usted no debe pagar ningún costo por el suministro a largo plazo.

Si quiere obtener más información sobre cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5**, Sección A7, página 169, de su *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C2. Lo que paga

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica que está cubierto a través de los siguientes:

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



	Una farmacia de la red	Nuestro servicio de compra por correo del plan	En una farmacia de cuidado a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 , Sección A8, página 169, de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.
Distribución de costos Nivel 1 (Todos los medicamentos de la Part D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* de nuestro plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte *la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información detallada sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

La cobertura para vacunas de Medicare Part D está compuesta por dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.

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



2. La segunda parte de la cobertura es el costo de su **aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios para Miembros cuando planea recibir una vacuna.

- Podemos informarle acerca de la cobertura de vacunación que ofrece nuestro plan.

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



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Solicitar que paguemos servicios o medicamentos	195
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	199
C. Decisiones de cobertura.....	200
D. Apelaciones.....	201

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



A. Solicitar que paguemos servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Wellcare by Health Net le facturen estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier gasto.

Si usted recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**, página 199, de este capítulo.

Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
 - Si usted pagó los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el monto.
- Si usted pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para que se le reembolse el dinero (devolución del pago) si cumple con las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que nos hacemos cargo de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por Wellcare by Health Net.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en un miembro elegible de Wellcare by Health Net.
 - Pide que le devuelvan el pago dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporciona una prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Wellcare by Health Net. Usted no necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-

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



Cal permite que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa (autorización previa).

- Si el servicio cubierto requiere normalmente una aprobación previa (autorización previa), usted debe proporcionar una constancia del proveedor que muestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- Wellcare by Health Net le comunicará si le reembolsarán el importe en una carta llamada Aviso de Acción. Si usted cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a pagarle, Wellcare by Health Net le devolverá el monto total que pagó. Le reembolsaremos el importe en un plazo de 45 días laborables a partir de la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a pagarle, Wellcare by Health Net le hará el reembolso, pero solo hasta la cantidad que FFS Medi-Cal pagaría. Wellcare by Health Net le devolverá la cantidad completa del importe para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa. Si no cumple una de las condiciones anteriores, no le reembolsaremos su importe.
- No le reembolsaremos su importe si:
 - Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, tales como servicios cosméticos.
 - El servicio no está cubierto por Wellcare by Health Net.
 - Usted acudió a un médico que no trabaja con Medi-Cal y firmó un formulario que decía que desea ser atendido de todos modos y que pagará por los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió:

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



1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención médica de urgencia por parte de un proveedor fuera de la red.

Debe solicitarle al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le reembolsaremos el monto

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura.

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que presente su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener cualquier servicio o recetas. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague los servicios o le cobran más de lo que corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** a los números que aparecen en la parte inferior de esta página **si recibe una factura.**

- Dado que pagamos el costo total de los servicios, usted no debe abonar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, deberá enviárnosla. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan retroactivamente

Algunas veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si usted fue inscrito retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el pago.

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



- Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.

4. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, usted tendrá que pagar el costo total de la receta.

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de una receta de Medicare Part D porque no lleva su Tarjeta de Identificación de Miembro

Si no tiene la Tarjeta de Identificación de Miembro con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta o volver a la farmacia con su Tarjeta de Identificación de Miembro.
- **Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.**

6. Cuando paga el costo total de una receta de Medicare Part D por un medicamento que no está cubierto.

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web o tenga un requisito o una restricción que usted no conoce o que considera que no se aplica a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si usted no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de su *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de 24 horas), usted puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9**, Sección G4, página 263 de su *Manual para Miembros*).

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



- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico o de otro profesional que expide recetas para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento deben estar cubiertos, lo pagamos.

Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9**, Sección G5, página 266 de su *Manual para Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque con el que haya pagado o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de su factura y de los recibos para sus propios registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos la información en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que usted recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

Envíenos por correo la solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

Dirección para el envío de reclamos médicos:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

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



Debe enviarnos el reclamo en el plazo de un año calendario a partir de la fecha en la que recibió el servicio o el artículo.

Dirección para el envío de reclamos de farmacia:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento.

También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, nosotros lo pagaremos. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si no ha pagado, le pagamos al proveedor directamente.

El **Capítulo 3**, Sección B, página 53, de su *Manual para Miembros* explica las reglas para obtener servicios cubiertos.

El **Capítulo 5**, Sección A, página 165 de su *Manual para Miembros*, explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados de Medicare Part D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 239.

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



D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que reveamos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación” y también puede hacerlo si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9**, Sección E2, página 240 de su *Manual para Miembros*:

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte el **Capítulo 9**, Sección E, página 239.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 9**, Sección G5, página 266.

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



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se detallan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	204
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma.....	220
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	221
C1. Cómo protegemos su PHI	222
C2. Su derecho a ver su historia clínica.....	223
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	223
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted	225
F. Su derecho a abandonar el plan	225
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	226
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	226
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud.....	227
G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones	228
H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos.....	228
H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos.....	229

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



I. Sus responsabilidades como miembro del plan	229
J. Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros	231
K. Evaluación de Nuevas Tecnologías	231

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



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711) or write to:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:

- You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese, Hmong or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
- You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare by Health Net Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

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



- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي نفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم كل الخدمات لك بطريقة تنسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشارك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711) أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

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



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و 31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و 30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711) կամ գրել՝

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների

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



គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអ្នកអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួយណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ឬសរសេរទៅកាន់៖

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

- អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាល វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖

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



- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវហៅទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

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



如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوئیم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8

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



بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-7697-537 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록 해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어,

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



러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7일 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오.
- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.

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



- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

- Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department

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



of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании ТТУ набирайте 1-800-537-7697.

- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании ТТУ набирайте 711.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”.

Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

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

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



Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

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



Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

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



Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc viết thư cho:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

- Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
- Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

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



Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697. Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Koj li kev muaj cai kom tau txais cov kev pab cuam thiab ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas yuav ua tau raws li koj cov kev xav tau

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau. Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia rau koj hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm.

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug hauv lwm hom lus.
- Tsis tas li ntawd, peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj hauv cov hom lus uas tsis yog Lus Askiv thiab hauv hom ntaub ntwav xws li ntawv luam loj, los sis ua suab lus hais. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv ib hom ntawm lwm hom nab ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711) los sis sau ntawv mus rau:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj tej ntaub ntawv qhia paub txog txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj

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



yeem xa cov ntaub ntawv rau koj hauv lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua "kev thov qhov yus xaiv." Peb yuav teev tseg koj qhov kev xaiv no cia. Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav kom tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenian, Kas Pus Cias (Lus Khmer), Lus Suav (ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv. Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
- Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog koj txoj phiaj xwm cov ntaub ntawv, thov tiv tauj Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau Lub Kaum Hli Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom los pab cuam hauv Hnub Monday–Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj Nyob Rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev khoom lus pab cuam hauv Hnub Monday–Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv lus tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare tau ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaw Meskas Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

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



B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Si no puede obtener una cita en tiempo y forma para recibir servicios cubiertos y su médico considera que usted no puede esperar más para programar una cita, puede llamar a Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Para obtener más información acerca de qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como su PCP y cómo elegir uno, consulte el **Capítulo 3**, sección D, página 56 de su *Manual para Miembros*.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud para la mujer sin una remisión del médico. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un proveedor que no sea su PCP
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).

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



- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3**, sección D4, página 63 de su *Manual para Miembros*.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, tiene derecho a mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales durante hasta 12 meses si se cumplen determinadas condiciones. Si quiere obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1**, sección F, página 17 de su *Manual para Miembros*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El **Capítulo 9**, sección E, página 239 de su *Manual para Miembros* le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su Información Médica Personal (PHI) según lo establecido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos una notificación por escrito en la que se informa sobre estos derechos y también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina "Aviso de Prácticas de Privacidad".

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



Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios delicados no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibirlos o presentar una reclamación por servicios delicados. Un miembro puede iniciar una solicitud de comunicación confidencial por escrito al plan de salud o mediante transmisión electrónica. La aseguradora implementará una solicitud de comunicaciones confidenciales en el plazo de los siete (7) días corridos posteriores a la recepción de una solicitud de transmisión electrónica o telefónica, o en el plazo de los 14 días corridos posteriores a la recepción por escrito por correo de primera clase. Wellcare by Health Net dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios delicados a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos del miembro o, a falta de designación, a nombre del miembro, a la dirección o el número de teléfono que figura en el archivo. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) no divulgará información médica relacionada con servicios delicados a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) adaptará las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, de ser posible, o bien en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicación confidencial de un miembro relacionada con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus expedientes.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no proporciona su atención ni paga su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley:

- Debemos divulgar la PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales. Si compartimos su información con Medi-Cal, también se hará conforme a las leyes federales y estatales.

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



C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de ellos.
- Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Tiene derecho a saber si se comparte su PHI con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios para miembros.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Si desea obtener los servicios de un intérprete, llame a Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Este es un servicio gratuito. También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio. También puede obtener este manual sin cargo en los siguientes idiomas:

- árabe
- armenio
- camboyano
- chino
- miao
- farsi
- coreano

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



- ruso
- español
- tagalo
- vietnamita

Comuníquese con Servicios para miembros si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - información sobre cuántas apelaciones presentaron los miembros
 - información sobre cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

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



- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9**, sección D, página 238 de su *Manual para Miembros*), que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - la presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
 - el cambio de una decisión que hayamos tomado
 - el pago de una factura que recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrar más de lo acordado ni cobrarle a usted si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el **Capítulo 7**, Sección A, página 195 de su *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos con receta de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10**, Sección C, página 299 de su *Manual para Miembros*:
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos con receta.
 - Para obtener más información sobre cómo obtener sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

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



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a saber acerca de los riesgos que se corren. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Negarse.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo sacaremos de su plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9**, Sección E, página 239 de su *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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



G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre su atención médica. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre.**
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo, que incluye la atención que usted **no** desea.

El documento legal que puede utilizar para dar indicaciones se denomina “instrucciones anticipadas”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo cuentan con los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Quizás desee entregar copias a sus amigos cercanos o a sus familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

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



- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicite que su directiva anticipada se coloque en sus registros médicos.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtenga información sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) le informará sobre los cambios en la ley estatal en un plazo no mayor de 90 días después del cambio.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede hacer un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el **Capítulo 9**, Sección D, página 238 de su *Manual para Miembros* se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o hacer un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

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



H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente y que **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de su *Manual para Miembros* o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a los siguientes números:

- Servicios para Miembros
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para obtener más información acerca del HICAP, consulte el **Capítulo 2**, Sección E, página 37.
- El Programa de Defensoría al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2**, Sección I, página 41 de su *Manual para Miembros*.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros.

- **Lea el *Manual para Miembros*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Nos aseguramos de que usted utilice todas sus opciones

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



de cobertura cuando recibe atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.

- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todo sobre los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos con receta, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención** , por ejemplo, para llevar a cabo la evaluación anual de riesgos médicos.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal paga la prima de Medicare Part A y la prima de Medicare Part B.
 - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9**, Sección E2, página 240).

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



- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1**, Sección D, página 17 de su *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicios.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2**, Sección G, página 39 de su *Manual para Miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.**

J. Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta su opinión con nosotros a través de Servicios para Miembros.

K. Evaluación de Nuevas Tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas o son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos,

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



productos biológicos y dispositivos existentes. Nuestro plan sigue las determinaciones de cobertura nacional y local de Medicare cuando corresponde.

En ausencia de una determinación de cobertura, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios aplicables con el fin de garantizar que los miembros tengan acceso a una atención segura y eficaz mediante la realización de una evaluación crítica de la bibliografía médica publicada actualmente a partir de publicaciones revisadas por expertos, incluidas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios de pruebas diagnósticas con resultados estadísticamente significativos que demuestran seguridad y eficacia y revisión de directrices basadas en evidencias desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también tiene en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos en ejercicio, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluidas sociedades especializadas de médicos, paneles de consenso u otras organizaciones de investigación o evaluación tecnológica reconocidas a nivel nacional, informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Institutos Nacionales de Salud (NIH)).

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



Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o un reclamo con respecto a los servicios y al apoyo a largo plazo, que incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y en los centros de enfermería (NF).

Este capítulo está compuesto por diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Usted debe recibir la atención de la salud, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención médica. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077, para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar diferentes problemas y reclamos, aunque siempre puede llamar al Programa de Defensoría si necesita asesoramiento sobre su problema. Para obtener recursos adicionales para tratar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, Sección I, página 41 de su *Manual para Miembros*.

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



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	236
A1. Acerca de los términos legales	236
B. Dónde obtener ayuda.....	236
B1. Para obtener más información y ayuda	236
C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	238
D. Problemas relacionados con sus beneficios	238
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	239
E1. Decisiones de cobertura	239
E2. Apelaciones	240
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	240
E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?.....	242
F. Atención médica.....	242
F1. Uso de esta sección.....	242
F2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura	244
F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1.....	246
F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	250
F5. Problemas con pagos	257
G. Medicamentos con receta de Medicare Part D	259
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D	259
G2. Excepciones de Medicare Part D	262
G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción	263
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	263
G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1	266

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



G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2	269
H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada.....	271
H1. Conocer sus derechos de Medicare	272
H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1	273
H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2	275
H4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1.....	276
H5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2.....	277
I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	278
I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura	279
I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1	279
I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	281
I4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1	283
I5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2	284
J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	285
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	285
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	286
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D	286
K. Cómo presentar un reclamo.....	288
K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos	288
K2. Reclamos internos	290
K3. Reclamos externos	292

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



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza depende del tipo de problema que está teniendo. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **hacer reclamos**, también llamados quejas.

Para garantizar la imparcialidad y la celeridad, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, existen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser cierto especialmente si usted no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, tal vez no tenga la información necesaria para dar el paso siguiente.

Ayuda a través del Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer con su

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



problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal y hablar con un representante acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa de la Defensoría no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

La Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California puede ayudarlo. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse en un plan de salud, cambiarlo o abandonarlo. También pueden ayudarlo si se muda y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar a la Defensoría de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web de DMHC en www.HealthHelp.ca.gov.

El Departamento de atención médica administrada de California (DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al 1-800-431-9007

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



(TTY: 711) y usar nuestro proceso de quejas antes de comunicarse con el departamento. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. El uso de este procedimiento de queja formal no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente en su plan de salud o una queja formal que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia.

También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (IMR). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del Departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios de presentación de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información contenida en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal .

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4**, página 250 de este capítulo explica estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para sus problemas o reclamos.

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



¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Part B que requieren receta) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica	
<p style="text-align: center;">Sí.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, página 239, “Decisiones sobre cobertura y apelaciones”.</p>	<p style="text-align: center;">No.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, página 288, “Cómo hacer un reclamo”.</p>

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelación aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Part B con receta, incluido el pago).

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica por parte de él (consulte el **Capítulo 4**, Sección H de su *Manual para Miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si vamos a cubrir un servicio médico antes de que lo reciba, nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que el servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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



E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Diferentes revisores, distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original, estarán a cargo de su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si su problema de salud es urgente o representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede pedir una Revisión Médica Independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov/. Consulte la página 242 de este capítulo para obtener más información.

Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante en este capítulo, en la página 240 y 244, puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o expedita o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si **Rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto por Medicare o medicamentos de la Part B, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se trata de la cobertura de Medicare Part D o un servicio o artículo cubierto por Medicaid, la carta le indicará cómo puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar a través de niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede solicitar ayuda de cualquiera de las siguientes opciones:

- **Servicios para Miembros** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal Ombuds al 1-855-501-3077.**

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



- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.HealthHelp.ca.gov
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio designar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite ayuda legal de un abogado del Programa de Defensoría de Medicare Medi-Cal, llamando al 1-888-804-3536.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html>. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

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



E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. En una sección separada de este capítulo se detalla cada una de ellas. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F de este capítulo**, “Atención médica”
- **Sección G de este capítulo**, “Medicamentos con receta de Medicare Part D”
- **Sección H de este capítulo**, “Solicitud de cobertura para una hospitalización más prolongada”
- **Sección I de este capítulo**, “Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica y servicios que se describen en el **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*. Por lo general, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios y artículos médicos, así como medicamentos con receta de Medicare Part B que, por lo general, son medicamentos que su médico o profesional de la salud le administran. Es posible que haya diferentes normas que regulen los medicamentos con receta de Medicare Part B. En ese caso, le explicaremos las diferencias entre las normas que regulan los medicamentos con receta de Medicare Part B y las normas que rigen los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

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



1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección F2**, página 244.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**, página 246.

3. Usted recibió la atención médica que considera que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**, página 257.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que pensó que cubrimos y pretende un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**, página 257.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de determinados servicios de atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**, página 250.

- Si la cobertura comprende atención hospitalaria, cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H**, página 271 o la **Sección I**, página 278 para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener la cobertura de determinados servicios de atención médica, utilice esta sección (**Sección F**, página 242) como guía.

6. Experimenta retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Lo que puede hacer: Puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K2**, página 290.

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



F2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización integrada**”

Usted, su médico u otro representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Fax: 1-844-273-2671.
- O puede escribir a Wellcare by Health Net
4191 E. Commerce Way
Sacramento, CA 95834

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar”, a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta con respecto a lo siguiente:

- Servicio o artículo médico dentro de los 14 días corridos desde de la recepción de su solicitud. Para los planes KNOX-Keene, en un plazo de 5 días laborables y en un plazo máximo de 14 días corridos después de recibir su solicitud.
- Medicamentos recetados de Medicare Part B dentro en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta respecto a lo siguiente:

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



- Servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o antes si su condición médica requiere una respuesta más rápida.
- Medicamentos recetados de Medicare Part B dentro en un plazo de 24 horas de haber recibido su solicitud.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicitar cobertura de atención médica y/o servicios que usted **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura por el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o dañar su capacidad de mantener sus funciones.

Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa decisión.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con los motivos y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:
 - Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico la solicita.
 - Cómo presentar un “reclamo rápido” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**, página 288.

Si rechazamos su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a apelar. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**, página 246).

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



En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud:

- la solicitud está incompleta,
- alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- usted solicita retirar su solicitud.

Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Si su médico u otro profesional solicita la continuidad de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, deberá incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esa persona a representarlo. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html>.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días corridos después de recibir su solicitud de apelación:

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



- Desestimaremos su solicitud; y
- Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días corridos a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si usted apela una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida.

Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una apelación rápida, le enviaremos una carta con nuestra explicación y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:
 - Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo presentar un “reclamo rápido” en caso de que optemos por concederle una apelación estándar, en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**, página 288.

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



Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días corridos posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple este plazo, seguirá recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los otros servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará con el servicio o el artículo mientras espera la decisión de su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Si es necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, página 250, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del Nivel 2. Si su problema está relacionado con la

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



cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia ante el Estado de Nivel 2 tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia Estatal se denomina **Audiencia ante el Estado**. Para presentar una Audiencia ante el Estado, consulte el **Capítulo 12**, página 325

- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si Rechazamos toda o parte de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días corridos** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que todavía no ha recibido.
- Si la solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, página 250, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia ante el Estado de Nivel 2 tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia Estatal se denomina **Audiencia ante el Estado**. *Para presentar una Audiencia ante el Estado, consulte el **Capítulo 12**, página 325.*

Si Aceptamos parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días corridos a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como su condición de salud lo requiera y dentro de 72 horas de la fecha en que cambiamos nuestra decisión o dentro de 7 días corridos de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Part B.

Si **Rechazamos** toda o parte de su apelación, **tiene derechos adicionales de apelación:**

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



- si **rechazamos** parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se informará que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o elemento que normalmente está cubierto por **Medicare**, le enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete el nivel 1 del proceso.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que generalmente cubre **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. Más adelante en este capítulo, en la página 253, también se incluye más información.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia ante el Estado y una Revisión Médica Independiente con el estado. Sin embargo, una Revisión Médica Independiente no está disponible si usted ya ha presentado evidencia en una Audiencia ante el Estado.

Si califica para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, los beneficios del servicio, el artículo o el medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **Sección F3**, página 246 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.

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



- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si envía una Apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días corridos posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente Medicare cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, también llamada “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió que la compañía sea la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO observarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación estándar de nivel 2.

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



- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días corridos** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Part B, la IRO debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días corridos** de haber recibido su apelación.

Si la IRO le notifica por escrito su decisión y le explica los motivos de esta decisión.

- **Si la IRO acepta, total o parcialmente, una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas o**
 - Proporcionar el servicio dentro de los **5 días laborables** después de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:**
 - **En un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - **En un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO Rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.
 - Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, con un total de cinco niveles.

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



- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener más información sobre las Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal suele cubrir

Hay dos maneras de hacer una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar un reclamo o Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia ante el Estado.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar un reclamo o pedir una revisión médica independiente (IMR) ante el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Al hacer esto, en el DMHC se revisará nuestra decisión y se tomará una determinación. Se puede pedir una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de índole médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si en la IMR le dan la razón, debemos brindarle el servicio o el artículo que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Puede presentar una reclamo o solicitar una IMR en los siguientes casos:

- Si negamos, cambiamos o retrasamos un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determinamos que no es médicamente necesario.
- Si no cubrimos un tratamiento de Medi-Cal experimental o en etapa de investigación para una condición médica grave.
- Cuestionamos si un servicio o procedimiento quirúrgico era de carácter cosmético o reconstructivo.
- Si no pagamos servicios de Medi-Cal de emergencia o urgencia que usted ya ha recibido.
- Si no se ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días corridos, para una apelación estándar o de 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

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



NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Cita de Representante, usted tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de que pueda presentar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación implique una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, entre otros, dolor grave, pérdida potencial de la vida, extremidades, o función corporal importante.

Tiene derecho a una IMR y a una Audiencia ante el Estado, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó evidencia en una Audiencia ante el Estado o tuvo una audiencia por el mismo tema.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 246 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si se rechazó su tratamiento porque era experimental o estaba en etapa de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si el problema es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede llevar su caso inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en un plazo de 6 meses** desde que le enviamos una decisión escrita acerca de su apelación. En el DMHC podrían aceptar su solicitud después de los 6 meses, siempre y cuando usted tenga buenos motivos, como padecer una enfermedad que le impidió enviar la solicitud de IMR en el plazo de 6 meses o no recibir el aviso correspondiente de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Cómo solicitar una IMR:

- Complete el formulario Solicitud de Revisión Médica Independiente o el Formulario de Reclamos disponibles en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx, o llame al Centro de Ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Adjunte copias de las cartas u otros documentos relacionados con el servicio o el artículo que rechazamos, si las tiene. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no envíe los originales. El Centro de Ayuda no devuelve ningún documento.

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



- Llene el formulario de Asistente Autorizado si alguien le está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o por fax sus formularios y documentos adjuntos a esta dirección:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

- También puede presentar su Solicitud de Revisión Médica Independiente/Formulario de Reclamo y el Formulario de Asistente Autorizado en línea: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Si usted califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 7 días corridos donde le informará que califica para una IMR. Después de que su solicitud y los documentos de apoyo sean recibidos de su plan, la decisión de IMR será tomada dentro de 30 días corridos. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 45 días corridos a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 2 días corridos donde le informará que califica para una IMR. Después de que su solicitud y los documentos de apoyo sean recibidos de su plan, la decisión de IMR será tomada dentro de 3 días corridos. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 7 días corridos a partir del envío de la solicitud completa. Si no está conforme con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia ante el estado.

La IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe toda la historia clínica de usted o del médico que lo trata. Si recibe atención de un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga su expediente médico de dicho profesional y nos lo envíe. Se le exige al plan de salud que obtenga copias de su historia clínica de los médicos que forman parte de la red.

Si en el DMHC se decide que su caso no cumple con los requisitos para una IMR, se analizará su caso a través del proceso ordinario de presentación de reclamos del consumidor, del DMHC.

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



Su reclamo se debe resolver en el término de 30 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si su reclamo es urgente, se resolverá más rápido.

(2) Audiencia ante el estado

Puede solicitar una Audiencia ante el Estado por los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si el médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un servicio o artículo que usted ya recibe, y hemos rechazado su apelación de Nivel 1, tiene el derecho de solicitar una Audiencia ante el Estado.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una Audiencia ante el Estado** luego de que reciba por correo la notificación llamada “Carta de Decisión sobre su Apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia ante el Estado porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, **tiene menos días para enviar la solicitud** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la Audiencia ante el Estado se encuentra pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 250 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia ante el estado:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia ante el Estado” que se encuentra en la parte posterior del Aviso de Acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre el plan o el condado que tomó la medida en contra de usted, el o los programas de ayuda involucrados y una explicación detallada de por qué quiere una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud ante uno de los siguientes organismos:
 - El departamento de bienestar del condado, en la dirección que aparece en el aviso.
 - El Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias ante el Estado, al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California, al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una

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



audiencia ante el estado por teléfono, tenga en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias ante el Estado le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos.

- Si la División de Audiencias ante el Estado **Acepta** parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la División de Audiencias ante el Estado **Rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia ante el Estado **Rechaza** parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos adicionales de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, solo podrá apelar de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.**

En la carta que recibe de la División de Audiencias ante el Estado, se describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J**, página 285 para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. **Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.**

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. Usted no debe pagar la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación. Si paga la factura, puede recibir un reembolso por parte de nuestro plan, siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

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



Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*. Se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos el reembolso del pago o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días corridos a partir de la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago a usted.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**, en la página 246. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos una atención médica que usted adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **Rechazamos** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días corridos. Si la respuesta a su apelación en cualquier nivel del proceso de apelación posterior al Nivel 2 es **Aceptada**, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención de salud en un plazo de 60 días corridos.

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



- Si la IRO **Rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. La carta que recibirá le explicará los derechos adicionales de apelación que tenga. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. Consulte la **Sección F4**, página 250, para obtener más información.

G. Medicamentos con receta de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. En su mayoría, son medicamentos de Medicare Part D. Existen algunos medicamentos que no tienen cobertura de Medicare Part D, pero que tal vez tengan cobertura de Medi-Cal. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** En el resto de esta sección, cuando se diga “medicamento” se entenderá “medicamento de Medicare Part D”.

Para estar cubierto, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5**, Sección B3, página 172 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de Medicare Part D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye pedirnos:
 - Cubrir un medicamento de Medicare Part D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - Dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo)

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



NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse como se indica, la farmacia le proporcionará una notificación por escrito en la que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

La decisión sobre la cobertura inicial de los medicamentos de Medicare Part D se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo hacer una apelación. Utilice la siguiente tabla de ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

<p>Necesita un medicamento que no aparece en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p> <p>Comience con la Sección G2, página 262, luego consulte las Secciones G3, página 263 y G4, página 263.</p>	<p>Desea que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4, página 263.</p>	<p>Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4, página 263.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.</p> <p>Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos la decisión).</p> <p>Consulte la Sección G5, página 266.</p>
---	---	---	--

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



G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

En ocasiones, nos referimos al hecho de solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o la eliminación de una restricción de un medicamento como una “**excepción a la lista de medicamentos**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas nos pueden solicitar:

1. Cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminación de restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5**, Sección C, página 173 de su *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. A veces, esto se denomina “autorización previa” (PA).
 - Requerir que pruebe primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto suele denominarse “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede adquirir.

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



G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que expide recetas debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5**, página 266 para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-800-431-9007 (TTY: 711), por escrito, o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Usted, el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contar con un abogado que actúe en su representación.

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



- Consulte la **Sección E3**, página 240, para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, denos una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que expide recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Utilizaremos los “plazos estándares”, salvo que acordemos utilizar “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es para un medicamento que no recibió. No le daremos una decisión rápida de la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar podrían verse seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

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



Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, accederemos a brindársela. Le enviamos una carta para informarle.

- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo del médico u otro profesional que expide recetas, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida de cobertura.
- Si determinamos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviamos una carta para informarle. La carta también le indicará cómo presentar un reclamo con respecto a nuestra decisión.
 - Usted puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**, página 288.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6**, página 269, para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si **Aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

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



- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para la excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días corridos desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero en un plazo de 14 días corridos.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de Medicare Part D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-800-431-9007 (TTY:711), por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.

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



- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que expide recetas deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4**, página 263, para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, prestamos atención nuevamente a toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

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



- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6**, página 269 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.
- Si **Aceptamos** toda o parte de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si **Rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación por un medicamento que todavía no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no recibió el medicamento y su condición médica así lo requiere. Si cree que su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días corridos, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6**, página 269 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de un período máximo de 7 días corridos** luego de haber recibido la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que usted compró **en un plazo de 30 días corridos** después de haber recibido su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.

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



- Deberemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días corridos** después de haber recibido su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días corridos, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6**, página 269 para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de nivel 2.
- Si **Aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días corridos luego de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **Rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, también llamada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que expide recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **Rechazamos** su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta con las **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le explicarán quién puede presentar una Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presente una apelación a la IRO, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina el “expediente de su caso”. **Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

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



La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4**, página 250, para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación.
- Si **Aceptan** parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobados **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de un plazo de 14 días corridos** después de recibir su apelación por el pago de un medicamento que compró.

Si la IRO **Acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo de 30 días corridos luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **Rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza el valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

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



Si el valor en dólares de su solicitud reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego de un nivel 2.
- Si la IRO **Rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito de continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una internación más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Más allá de las apelaciones que se explican en la **Sección H**, también puede presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede

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



solicitar una Revisión Médica Independiente además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un empleado del hospital, tal como un enfermero o asistente social, le entregarán un aviso por escrito denominado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Todos los usuarios de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si usted no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente internado, entre los que se incluyen los siguientes:
 - Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firmar la notificación** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o una persona que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
 - Firmar la notificación **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan informado.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada, de manera que tenga la información si la necesita.

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



Si firma la notificación con más de dos días de antelación a la fecha en que debe dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha de su alta.

Para ver una copia de la notificación por adelantado:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare, al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) realiza la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Livanta. Comuníquese con ellos al número 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). La información de contacto también se encuentra en el aviso, "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" y en el **Capítulo 2**, Sección F, página 38.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin pagar por ella mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, podrá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la QIO con respecto a su apelación, puede apelar directamente ante nuestro plan. Consulte la

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



Sección G4, página 263 para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

- Como las hospitalizaciones están cubiertas por Medicare y Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud para prolongar su hospitalización, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o tiene un dolor intenso, puede presentar un reclamo o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregó.
- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta también da razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

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



El término legal para esta explicación escrita es el “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplar del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará una respuesta sobre su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Crean que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía, el día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre la apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Comuníquese con ellos al número 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice la cobertura de la atención.

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



Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días corridos de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar un reclamo o solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección E4**, en la página 242, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una apelación de nivel 1 en un plazo de 60 días o antes de la fecha planificada para el alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para la Apelación de Nivel 1, puede utilizar un proceso de "apelación alternativa".

Comuníquese con Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite una "revisión rápida" de la fecha de alta del hospital.

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



El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y que haya respetado las reglas.
- Utilizamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que usted debe estar en el hospital después de la fecha del alta.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si **rechazamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada para usted.
- Nuestra cobertura de servicios hospitalarios como paciente internado finalizará el día en que le informamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha planificada para el alta si continuó internado en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas a partir del momento en que **Rechacemos** su apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no necesita hacer nada.

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



Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede hacer un reclamo. Consulte la **Sección K**, página 288 para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

La IRO realiza una revisión rápida de su apelación. Ellos consideran cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la IRO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la IRO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo en que la fecha planificada para el alta hospitalaria era médicamente adecuada.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se refiere solo a tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de cuidado de la salud a domicilio
- atención en un centro de enfermería especializada y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por

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



Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación escrita por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se denomina "Notificación de No Cobertura de Medicare". En la notificación, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso para dejar constancia que lo recibió. Firmar la notificación **solo** evidencia que recibió la información. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se describe el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K**, página 288, para obtener más información sobre reclamos.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.

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



- **Póngase en contacto con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2**, página 273, o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídale que revise su apelación y decida si desea cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en la “Notificación de No Cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la QIO, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**, página 283.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud de continuar la cobertura de servicios de atención de salud, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud o tiene un dolor intenso, puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC de California. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

El término legal para la notificación escrita es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

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



Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- Nuestro plan también le envía una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura de sus servicios. Usted recibe la notificación al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación de la notificación es “**Explicación Detallada de la No Cobertura**”.

- Los revisores le informan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Seguiremos cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha en que le informamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha en la notificación.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Comuníquese con ellos al número 1-877-588-123 (TTY: 1-855-887-6668).

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



Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó con la atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días corridos de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Usted puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC además de una apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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



14. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Como se explica en la **Sección I2**, página 279, usted debe actuar rápidamente y comunicarse con la QIO para comenzar su Apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede utilizar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página y obtenga información sobre una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y se hayan respetado las normas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura de sus servicios.
- Utilizamos plazos rápidos en lugar de plazos estándares y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una revisión rápida.

Si **aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita servicios por más tiempo.
- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Si **rechazamos** su apelación rápida:
 - Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha en que le informamos.
 - No pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
 - Usted paga el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que finalizaría nuestra cobertura.
 - Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

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



15. Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

- Enviamos la información de su apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas a partir del momento en que rechazamos su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no necesita hacer nada.
- Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede hacer un reclamo. Consulte la **Sección K**, página 288 para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.
- La IRO realiza una revisión rápida de su apelación. Ellos consideran cuidadosamente toda la información sobre el alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la IRO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la IRO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

También puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la **Sección F4**, en la página 250, para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J**, página 285, para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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



J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con los documentos correspondientes. Tal vez esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días corridos después de recibir la decisión del ALJ o abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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



Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días corridos después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias ante el Estado le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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



Si el valor del medicamento por el cual usted ha apelado cumple un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días corridos después de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días corridos después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

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



- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted. • El trato de nuestro personal fue deficiente. • Considera que lo están desvinculando de nuestro plan.

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



Reclamo	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. • Usted no habla inglés y su médico o proveedor no proporciona un intérprete para su idioma (por ejemplo, lengua de señas estadounidense o español). • Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo mantienen esperando demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

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



Reclamo	Ejemplo
<p>Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. • Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a tiempo a la IRO.

Hay diferentes clases de reclamos. Usted puede presentar un reclamo interno y/o uno externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Los reclamos externos se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización los revisa. Si necesita ayuda para hacer un reclamo interno y/o externo, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

El término legal para un “reclamo” es **“queja formal”**.

El término legal para “hacer un reclamo” es **“presentar una queja”**.

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede hacer el reclamo en cualquier momento, a menos que esté relacionado con un medicamento de Medicare Part D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de Medicare Part D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere hacer el reclamo.

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



- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo comunicará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si usted envía su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito. Si presenta un reclamo por escrito (queja) o si su reclamo está relacionado con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días corridos después de haber recibido su reclamo para informarle que la recibimos.

Debemos notificar nuestra decisión sobre su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero dentro de los 30 días luego de haber recibido su reclamo. En ciertos casos, usted tiene el derecho de pedir una revisión rápida de su reclamo. Esto se denomina procedimiento de “reclamo rápido”. Tiene derecho a una revisión rápida de su reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos la revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de Medicare Part D.
- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de Medicare Part D rechazados.
- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que se necesita un tiempo adicional para revisar su apelación de la atención médica denegada.
- Los reclamos relacionados con Medicare Part D deben presentarse en un plazo de 60 días corridos después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo. Todos los demás tipos de reclamos deben presentarse ante nosotros o ante el proveedor en cualquier momento a partir del incidente o de la medida que causó su disconformidad.
- Si hace un reclamo porque rechazamos una solicitud de decisión rápida sobre la cobertura o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

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



El término legal para “reclamo rápido” es “queja acelerada”.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días corridos. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días corridos porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si hace un reclamo porque rechazamos una solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida”, lo pasaremos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si hace un reclamo porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que presente un reclamo ante Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) antes de presentarlo ante Medicare.

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan de salud no le brinda una respuesta a su problema, puede llamar también al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

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



Medi-Cal

Puede presentar un reclamo ante la Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC si necesita ayuda con reclamos relativos a los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, usted puede presentar un reclamo ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión en su Apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su reclamo después de 30 días corridos. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin haber presentado una Apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con un reclamo por un problema urgente o un asunto que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre su reclamo o si el plan no resolvió su reclamo después de 30 días corridos.

A continuación, se presentan dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TTY gratuita: 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede hacer un reclamo ante la OCR del U.S. Department of Health and Human Services (HHS) si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre accesibilidad o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

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



También puede ponerse en contacto con la oficina local de OCR en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Derechos Civiles de Unruh. Puede comunicarse con el Programa de Defensoría para solicitar asistencia. El número de teléfono es 1-888-452-8609 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST; no incluye días festivos.

QIO

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede hacer su reclamo a la QIO y ante nuestro plan. Si usted hace un reclamo ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su reclamo.

La QIO es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2**, página 273 o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

En California, QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

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



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en el plan

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

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



Índice

A. Cuando puede cancelar su membresía en nuestro plan	297
B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan	298
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	299
C1. Sus servicios de Medicare	299
C2. Sus servicios de Medi-Cal	302
D. Cómo obtener sus artículos y servicios médicos, y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	303
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan	303
F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud	305
G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan	305
H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan	305

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



A. Cuando puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que cuenta con Medi-Cal, Debido a que cuenta con Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez dentro de cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

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

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción anual** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)** dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que cumpla los requisitos para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicios,
- si sus requisitos de elegibilidad para Medi-Cal o Extra Help cambiaron, o
- si recientemente se mudó, actualmente recibe atención o solo se mudó del centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de febrero).

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

- Opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**, página 299.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**, página 302.

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



Puede obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía llamando a: Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. TTY: 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Opciones de Atención de Salud: 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensoría de Atención Administrada por Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o por correo electrónico MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5**, Sección G3, página 183 de su Manual para Miembros para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que usted puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios

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



de Medicare en caso de salir de nuestro plan, consulte la tabla de la página 296 de este capítulo.

- Llame a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- En la **Sección C** a continuación, se detallan los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

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

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



<p>1. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Otro plan médico de Medicare, incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</p>	<p>Usted deberá hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Health Insurance Counseling and Advocacy Program en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de salud Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal puede cambiar.</p>
--	---

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



<p>2. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Usted deberá hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Health Insurance Counseling and Advocacy Program en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

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



<p>3. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos con receta si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Health Insurance Counseling and Advocacy Program en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Usted deberá hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Health Insurance Counseling and Advocacy Program en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

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



D. Cómo obtener sus artículos y servicios médicos, y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted continúa recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red , incluidos nuestros servicios de farmacia de venta por correo para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día que finaliza su membresía en Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce un incumplimiento de la Part A y de la Part B de su cobertura de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal.
- El estado de California o Medicare cancelarán su inscripción al plan Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) y usted volverá a Original Medicare. Si recibe Extra Help para pagar los medicamentos con receta de Medicare Part D, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid lo inscribirán automáticamente en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si posteriormente vuelve a calificar para Medi-Cal y quiere volver a inscribirse en Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), tendrá que llamar al 1-800-431-9007, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Dígales que desea volver a unirse a Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.

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



- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses. Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

El período de elegibilidad continua estimada del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua estimada comienza el primero del mes siguiente al mes en el que usted pierde el estatus de necesidades especiales.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y de Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta en su solicitud de inscripción que podría afectar su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera disruptiva, que nos dificulta proporcionar cuidado médico para usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

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



F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos solicitando que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9**, Sección K, página 288, de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

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



Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

En este capítulo, se describen los avisos legales que se aplican a su membresía a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

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



Índice

A. Notificación sobre las leyes.....	308
B. Aviso de No Discriminación.....	308
C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	309
D. Notificación sobre la recuperación de bienes de Medi-Cal	310
E. Contratistas independientes.....	310
F. Fraude al plan de atención de salud	310
G. Circunstancias más allá del control de Wellcare by Health Net	311

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



A. Notificación sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en el *Manual para Miembros*. Las leyes principales que aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de No Discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia sobre reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Además, no discriminamos ni excluimos a las personas de manera ilegal ni las tratamos de manera diferente por su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY:711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable. También puede comunicarse con nosotros escribiendo a:

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



Wellcare by Health Net
 Appeals & Grievances
 Medicare Operations
 P.O. Box 10450
 Van Nuys, CA 91410-0450
www.wellcare.com/healthnetCA

Si su reclamo se presenta por discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades de habla o audición, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de 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 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros podrá ayudarle.

C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

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



Cumplimos con las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros en los servicios de atención de salud para sus miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

D. Notificación sobre la recuperación de bienes de Medi-Cal

El programa de Medi-Cal debe buscar el reembolso de los bienes legalizados de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos en o después de su cumpleaños número 55. El reembolso incluye pago de Pago por Servicio y pagos de primas/capitación de cuidado administrado por servicios de centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios relacionados con el hospital y medicamentos con receta recibidos cuando el miembro fue un paciente hospitalizado en un centro de enfermería o recibía servicios comunitarios y en el hogar. El reembolso no puede exceder el valor de los bienes legalizados de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de bienes del Departamento de Servicios de Salud en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

E. Contratistas independientes

La relación entre Wellcare by Health Net y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Wellcare by Health Net y ni Wellcare by Health Net ni ninguno de sus trabajadores es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Wellcare by Health Net será responsable por la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no Wellcare by Health Net, mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Wellcare by Health Net no es un proveedor de atención médica.

F. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede ser procesado. Cualquier persona que voluntariamente y a sabiendas participa en una actividad destinada a ocasionar fraude al plan de atención médica, por ejemplo, presentando un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude en el plan de atención médica.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparece en una factura o formulario de Explicación de Beneficios, o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa

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



de nuestro plan para denunciar fraudes al 1-800-977-3565 (TTY: 711). Esta línea funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

G. Circunstancias más allá del control de Wellcare by Health Net

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Wellcare by Health Net no estén disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual para Miembros*, la obligación de Wellcare by Health Net de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Wellcare by Health Net haga un esfuerzo de buena fe para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros o personal.

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



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

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



Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

AIDS drug assistance program (ADAP): Un programa que ayuda a asegurar que los individuos elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Apelación: Una manera de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9**, Sección E, página 239, de su *Manual para Miembros* explica las apelaciones junto con el proceso de su presentación.

Problemas de salud conductual: Un término inclusivo que hace referencia a los servicios relacionados con los trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original. Sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca poseen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son, generalmente, fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Coordinador de atención: Es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

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



Plan de atención: Consulte “Plan de Atención Individualizado”.

Servicios Opcionales del Plan de Atención (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales en virtud de su Plan de Atención Individualizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y el apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir a través de Medi-Cal.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El **Capítulo 2**, Sección G, página 39 de su *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con el CMS.

Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS): Es un programa de servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios con el que se brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Reclamo: Una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. En él, se brinda una variedad de servicios, incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9**, Sección E, página 239, de su *Manual para Miembros*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y a los de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

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



Capacitación sobre competencia cultural: Educación que ofrece a nuestros proveedores de atención médica capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y reclamos relativos a los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación: El proceso para cancelar su membresía a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica o de la salud conductual.

Excepción: Un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

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



Servicios Excluidos: Servicios que su plan de salud no cubre.

Extra Help: Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta, que cuenta con la aprobación del gobierno federal para utilizarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que uno de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja: un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen los reclamos por la calidad de su atención o la calidad del servicio provisto por su plan de salud.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Programa que proporciona información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2**, Sección E, página 37 de su *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una reseña de su historia clínica y su condición médica actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud a domicilio: Una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda en el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención para Pacientes Terminales: Un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con diagnóstico terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico terminal significa que una persona está certificada médicamente con una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menor.

- Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales.

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



- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior al de nuestro monto de distribución de costos por los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende. Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ninguna *distribución de costos*. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS): El Programa IHSS ayudará a pagar los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de convalecencia o los centros de atención. Los tipos de servicios que pueden ser autorizados a través de IHSS son limpieza a domicilio, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidado de intestino y vejiga, baños, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para los discapacitados mentales. Las agencias de servicio social del condado administran los IHSS.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si rechazamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros y medicamentos de DME, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso llevada a cabo por médicos que no forman parte de su plan. Si se le da la razón en la IMR, debemos brindarle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): El plan sobre qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá. Puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

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



Paciente hospitalizado: Un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

Equipo de Atención Interdisciplinario (ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención que podría incluir médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la Lista de Medicamentos se denomina “formulario”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y el apoyo a largo plazo que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a un centro de enfermería o al hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios Basados en la Comunidad, Centros de Enfermería (NF) y Apoyos Comunitarios. Los programas de exención de IHSS y 1915(c) son proporcionados por Medi-Cal LTSS fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”

Programa de Pedidos por Correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite recibir directamente en su hogar un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos con receta cubiertos. Esta puede ser una manera económica y conveniente de surtir las recetas que toma regularmente.

Medi-Cal: Es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal.

- Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el Estado, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medi-Cal, se le cubrirá la mayoría de los costos de cuidado de la salud.

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



Planes de Medi-Cal: Los planes que incluyen solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son aparte.

Medicaid (o Asistencia Médica): Es un programa administrado por el Estado y el Gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Médicamente necesario: Los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. El término “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa sanitario estructurado para el cambio de comportamiento, que proporciona una capacitación práctica para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.

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



Afiliado de Medicare y Medi-Cal: Una persona que reúne los requisitos para tener la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado de Medicare y Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud a domicilio y atención para pacientes terminales médicamente necesarios.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo denominamos “Part D”. Medicare Part D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no cubren Medicare Part A, Medicare Part B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos en virtud bajo Medicare Part D. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura bajo Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medication Therapy Management program (MTM): un grupo distinto de servicios o grupo de servicios proporcionados por proveedores de atención médica, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5**, Sección G2, página 182, de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medi-Cal, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2**,

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



Sección A, página 27, de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que ha acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubriremos las recetas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran un monto adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Centro de convalecencia o centro: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensoría: Una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. Los servicios de los defensores de pacientes son gratuitos. Puede encontrar más información en el **Capítulo 2**, Sección I, página 41 y en el **Capítulo 9**, Sección D, página 238 de su *Manual para Miembros*.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9**, Sección D, página 238, de su *Manual para Miembros*, se explican las decisiones de cobertura.

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



Original Medicare (Medicare tradicional o el Plan de cargo por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Original Medicare. Conforme a Original Medicare, los servicios se cubren pagando a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de hospital) y Medicare Part B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene- de- farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro fuera de la red: Un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3**, Sección D4, página 63, de su *Manual para Miembros*, se describen los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Todo medicamento o medicina de venta libre que una persona puede comprar sin una receta emitida por un profesional de la salud.

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



Part A: Consulte “Medicare Part A”.

Part B: Consulte “Medicare Part B”.

Part C: Consulte “Medicare Part C”.

Part D: Consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos de la Part D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Información de salud personal (también llamada Información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI (por sus siglas en inglés) y sus derechos en relación con su PHI.

Proveedor de cuidado primario (PCP): Es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El PCP se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el **Capítulo 3**, Sección D, página 56, de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de cuidado primario.

Autorización previa (PA): Una aprobación que usted debe obtener de nuestra parte antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de atenderse con un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra los servicios o los medicamentos.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra *PA*.

- Los servicios cubiertos que necesitan la *PA* de nuestro plan están descritos en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra *PA*.

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



- Los medicamentos cubiertos que necesitan la *PA* de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en casa.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2**, Sección F, página 38, de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar los montos de los medicamentos que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Un portal o una aplicación informática en la cual los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, de los medicamentos cubiertos específicos del afiliado y de los beneficios. Esto incluye cantidades de distribución de costos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión del médico: Una remisión es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) o la nuestra para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones del médico en los **Capítulos 3**, Sección B, página 53 y **Capítulo 4**, Sección D, página 91 de su *Manual para Miembros*.

Servicios de rehabilitación: Son los tratamientos que pueden ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía importante. Consulte el **Capítulo 4**, sección D, página 91 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

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



Servicios confidenciales: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de reafirmación de género y la violencia dentro de la pareja.

Área de servicios: Un área geográfica donde el plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener nuestro plan.

Distribución de costos: La parte de los costos de atención de salud que usted podría tener que pagar todos los meses antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Especialista: Un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5**, Sección A5, página 166, de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia ante el Estado: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o no seguiremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, podrá solicitar una audiencia ante el estado. Si se le da la razón en esta audiencia, debemos brindarle el servicio que usted solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

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



Cuidado urgentemente necesario: Atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

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



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 សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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 ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **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** (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.

Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net

LLAME AL	<p>1-800-431-9007</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. 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. Sin embargo, tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. 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. Sin embargo, tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder sus llamadas. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>
ESCRIBA A	<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

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

