



2024

Resumen de beneficios

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 001

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

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

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

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no la paga Medicaid o una tercera persona. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California en: Amador, Imperial, Kern, Placer, San Francisco, San Joaquin, y Stanislaus.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para ser elegible

Este plan está disponible para todas las personas que reciben Asistencia Médica tanto del estado como de Medicare.

Este plan incluye los siguientes requisitos de elegibilidad para el plan de necesidades especiales:

H3561001000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) - FBDE, QMB+, SLMB+

Consulte la sección "Niveles de los Programas de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)" a continuación para obtener una descripción de todos los niveles del MSP. Las primas, copago, coseguro y deducibles pueden variar según su categoría de elegible para Medicaid y/o nivel de Ayuda adicional que reciba.

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

También debe estar inscrito en el plan de California de Medicaid. Las primas, copago, coseguro y deducibles pueden variar con base en su categoría de elegibilidad de Medicaid y/o el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. La prima de la Parte B la paga el estado de California por quienes están inscritos con doble elegibilidad. Póngase en contacto con el plan para más información.

Comprender la doble elegibilidad

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura de atención médica y apoyo económico en función de su nivel de ayuda del Programa de ahorros de Medicare (MSP). La cobertura de Medicaid varía en función del estado y del tipo de Medicaid que tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios y medicamentos adicionales que están cubiertos por Medicaid pero no por Medicare.

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

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

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

¿Qué es la “Ayuda adicional”?

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

Si tiene preguntas sobre si es elegible para Medicaid y sobre los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que figura en la contratapa de este documento.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Prima mensual del plan (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Debe continuar pagando el costo de su prima de la Parte B de Medicare si, de alguna otra forma, no lo paga Medicaid o un tercero.
Deductible	No hay deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,850 por año dentro de la red Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Días 1-90: \$0 de copago por admisión *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos (incluye colonoscopia de diagnóstico). *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago
Servicios en un centro quirúrgico para pacientes externos (ambulatory surgical center, ASC)	\$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago *
Cuidado preventivo (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$100 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000.

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo ingresan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
Servicios de urgencia necesarios	\$0 de copago
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	<p>\$100 de copago</p> <p>Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.</p>
Servicios de diagnóstico / servicios de laboratorio / diagnóstico por imagen	
Servicios de laboratorio	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p>
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p>
Radiografías para pacientes externos	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p>

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

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

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.
Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.*

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Crédito para audífonos Todos los tipos	Hasta \$1,000 de crédito por oído cada año para audífonos. \$0 de copago * Se limita a 2 audífono(s) cada año
Información adicional sobre audición	Qué debe saber Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.
Servicios dentales Revisiones dentales y atención preventiva	\$0 de copago Como miembro de Medi-Cal, muchos servicios dentales estándar están disponibles a través del Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal; estos incluyen, pero no se limitan a servicios como: <ul style="list-style-type: none">• Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor• Restauraciones y coronas• Tratamiento de conductos• Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases Los representantes del Programa de Pago por Servicio Dental Medi-Cal están disponibles para ayudar en el 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. La información también está disponible en línea en https://smilecalifornia.org .

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Atención dental de reparación y de urgencia	<p>\$0 de copago *</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles en el Programa Dental de Medi-Cal. Para más información puede consultar la página web https://smilecalifornia.org/.</p> <p>Además del programa Medi-Cal Dental, el plan ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración - Las coronas son un beneficio cubierto en el mismo diente una vez cada cinco años calendario. • Protodoncia, incluidas las dentaduras postizas – Los servicios cubiertos incluyen el revestimiento de dentaduras postizas una vez por arco cada dos años calendario. Los póticos son un beneficio cubierto en el mismo diente cada cinco años calendario.
Atención de la vista	
Examen de la vista cubierto por Medicare	<p>\$0 de copago (prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare)</p> <p>\$0 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p> <p>*</p>
Examen de la vista de rutina (Refracción)	<p>\$0 de copago *</p> <p>1 examen cada año</p>
Prueba de detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Anteojos o lentes de contacto de rutina Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos Crédito para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago * Hasta \$300 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consultas como paciente internado	Días 1-90: \$0 de copago por admisión *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago *
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	\$0 de copago *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: \$0 de copago por admisión *
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	\$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago
Ambulancia	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
Servicios de transporte	Por hasta un máximo de 24 viajes cada año a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud aprobadas por el plan. Esto incluye a médicos y otros especialistas (hasta 4 viajes de un solo tramo por día). \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *
	Lo que debe saber: Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior al monto indicado anteriormente. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro inferior es publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y puede cambiar de forma trimestral.
Insulina Antígeno de alergia	\$0 de copago *
	\$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Cobertura para medicamentos con receta	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Deductible anual para medicamentos con receta	\$0
Suministro para 30 días/hasta 100 días en farmacia minorista de la red	
Todos los medicamentos cubiertos	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos se limitan a un suministro para 30 días

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de quiropráctica de rutina	\$0 de copago * 24 consulta(s) cada año
Acupuntura Cubierta por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago * Se limita a 24 consulta(s) cada año.
Servicios de podiatría (cuidado de los pies) Cubiertos por Medicare	\$0 de copago *
Servicios de podiatría de rutina	\$0 de copago * 12 consulta(s) cada año

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Consultas virtuales	<p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por el consejo médico a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico, ya sea por teléfono o por Internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
Agencia de atención médica a domicilio	\$0 de copago *
Comidas Comidas para después de haber estado en cuidados intensivos	\$0 de copago ▪ Lo que debe saber: No paga nada por comidas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día hasta por 14 días y un máximo de 42 comidas por caso, sin límite de casos por año.
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (▪) podrían requerir una remisión.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
Dispositivos protésicos	\$0 de copago *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> .
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	\$0 de copago *
Servicios del programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago *
Programas de bienestar Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> . \$0 de copago Lo que debe saber: El beneficio de este plan brinda una membresía a un beneficio de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usarse en una variedad de gimnasios más grandes o en estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros podrán usar hasta 32 créditos cada mes. Los créditos serán suficientes para cubrir una membresía mensual en un gimnasio y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, o bien, para adquirir cajas y videos para el acondicionamiento físico en el hogar.

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco	\$0 de copago Se limita a 5 consulta(s) cada año
Examen físico anual	\$0 de copago Lo que debe saber: El examen incluye un historial médico/familiar detallado y recomendaciones para evaluaciones y/o atención de tipo preventivo.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica a emergencias personales (PERS)	\$0 de copago
Servicios de apoyo a domicilio	\$0 de copago por cada visita de servicios de apoyo en el hogar. Hasta 12 consultas cada año. Lo que debe saber: Puede recibir servicios de tareas domésticas si cumple con ciertos criterios clínicos. Los servicios deben ser recomendados o solicitados por un médico del plan con licencia o un proveedor del plan con licencia. Los servicios se brindan en incrementos de cuatro horas.
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Consulte la sección Wellcare Spendables™ para obtener más información sobre el beneficio para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC).

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Wellcare Spendables™	<p>Usted recibirá \$75 mensualmente (\$900 cada año) precargados a su tarjeta Wellcare Spendables™. Su crédito mensual se traslada al siguiente mes si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p> <p>El crédito de su tarjeta se puede utilizar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la app móvil, o iniciando sesión en su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de venta libre de marca y genéricos, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias y artículos para diabéticos. <p>Debido a que su plan participa en el Programa de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID), usted también puede utilizar su crédito de Wellcare Spendables™ para cualquiera de los beneficios que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables: puede utilizar su tarjeta para pagar alimentos saludables y frutas y verduras en minoristas participantes. Las comidas preparadas están disponibles para que las solicite a través del portal en línea. • Gasolina con pago en el surtidor: puede utilizar su tarjeta para pagar gasolina directamente en el surtidor. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el monto del crédito disponible. • Asistencia para los servicios públicos: puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo de los servicios públicos de su hogar. Su tarjeta se puede utilizar para gastos de servicios públicos, incluidos agua, gas natural y combustible para calefacción, electricidad, recolección de basura, servicio de televisión por cable (se

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	<p>excluyen los servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.</p> <ul style="list-style-type: none">• Asistencia para el alquiler: puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa. Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.

Los servicios que tienen un asterisco () podrían requerir una autorización previa.*

Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.

Declaración amplia por escrito para futuras personas inscritas

Los beneficios descritos en la sección Prima y beneficios del *Resumen de beneficios* están cubiertos por nuestro Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). En cada beneficio enumerado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este *Resumen de beneficios* depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a California Medi-Cal (Medicaid) al número gratuito de 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-430-7077).

Para conocer la información más actualizada de cobertura de California Medicaid, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx> o llame a Servicios para los miembros para recibir ayuda.

Una vez que usted se vuelve miembro de Wellcare by Health Net, Wellcare by Health Net utiliza y divulga la información de salud protegida y la información financiera personal no pública* de los miembros con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cuando la ley lo permita o requiera. Wellcare by Health Net proporciona a los miembros un Aviso sobre prácticas de privacidad que describe cómo utiliza y divulga la información de salud protegida; los derechos de la persona a tener acceso, solicitar enmiendas, restricciones y un informe de divulgaciones de información de salud protegida; y los procedimientos para presentar quejas. Wellcare by Health Net le brindará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para divulgaciones que no son de rutina, como las de mercadotecnia. Wellcare by Health Net proporciona acceso a los miembros para inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida del miembro en los registros designados y conservados por Wellcare by Health Net. Wellcare by Health Net protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización utilizando salvaguardias de seguridad razonables y apropiadas. Estas salvaguardias incluyen limitar el acceso a la información de salud protegida de la persona a solamente aquellos que necesitan conocerla para realizar pagos, tratamientos, operaciones de atención médica o cuando la ley lo permita o requiera. El Aviso sobre prácticas de privacidad completo de Wellcare by Health Net se puede consultar en www.wellcare.com/healthnetCA buscando "Privacy" ("Privacidad") o puede llamar al Centro de atención al cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para obtener una copia.

*La información financiera personal no pública incluye la información financiera personal identificable que usted nos proporcionó para obtener la cobertura médica del plan de salud o que nosotros obtuvimos al proporcionarle beneficios. Algunos ejemplos son los números del Seguro Social, saldos de las cuentas e historial de pagos. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre usted a nadie, excepto en los casos permitidos por la ley.

Anexo H: Servicios incorporados y subcontratados de Medi-Cal bajo la atención médica controlada de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care)

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2026¹

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios de acupuntura	Otros servicios prestados por personas encargadas de la atención médica y servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura se limitarán al tratamiento realizado para prevenir, modificar o aliviar la percepción de un dolor crónico intenso y persistente derivado de una afección médica generalmente reconocida.	X	
Servicios de audiología	Servicios de audiología	Los servicios de audiología están cubiertos cuando los prestan personas que cumplen los requisitos adecuados	X	
Tratamiento de salud conductual (Behavioral Health Treatment, BHT)	Servicios preventivos - detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	La prestación de servicios BHT médicalemente necesarios a los miembros de Medi-Cal menores de 21 años que reúnan los requisitos necesarios, tal y como exigen el mandato de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) y el plan estatal.	X ²	
Sangre y productos derivados de la sangre	Sangre y productos derivados de la sangre	Centro que recoge, almacena y distribuye sangre humana y sus derivados. Abarca la certificación de la sangre solicitada por un médico o centro donde se realiza la transfusión.	X	

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios para los niños de California (California Children Services, CCS)	EPSDT	Servicios para los niños de California (CCS) se refiere a aquellos servicios autorizados por el programa CCS para el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones elegibles de un miembro específico, según lo estipulado por CCS.	X ³	X
Enfermero de familia certificado	Servicios de enfermeros de familia certificados	Enfermero de familia certificado que presta servicios dentro del ámbito de su práctica.	X	X
Servicios de enfermería pediátrica certificada	Servicios de enfermería pediátrica certificada	Cubre la atención de las madres y los recién nacidos durante el ciclo de maternidad del embarazo, el parto y el periodo posparto inmediato, que no excede las seis semanas; también puede incluir servicios de atención primaria.	X	X
Administración de casos de intoxicación infantil por plomo (proporcionada por los departamentos de salud locales del condado)	EPSDT	Un caso de intoxicación infantil por plomo (a efectos de iniciar la administración del caso) es la que se presenta un niño desde su nacimiento hasta los 21 años de edad por un nivel de plomo en sangre venosa (Blood Lead Level, BLL) igual o superior a 15 µg/dL, o dos BLL iguales o superiores a 10 µg/dL que deben estar separados por al menos 30 días calendario y no exceder a los 600 días naturales. No es necesario que la primera muestra sea venosa, pero la segunda debe ser venosa.	X	X
Servicios de quiropráctica	Servicios de un quiropráctico	Están cubiertos los servicios prestados por quioprácticos, que actúen dentro del ámbito de su ejercicio profesional autorizado por la legislación de California, con la salvedad de que dichos servicios se limitarán al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual.	X ⁴	X ⁴

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Hemodiálisis crónica	Hemodiálisis crónica	<p>Procedimiento utilizado para tratar la insuficiencia renal (cubierto solamente como servicio para pacientes externos). Se extrae sangre del organismo a través de una vena y se la hace circular por una máquina que filtra los productos de desecho y el exceso de líquidos de la sangre. A continuación, la sangre "limpia" se devuelve al organismo. Crónico significa que este procedimiento se realiza de forma regular. Se requiere autorización previa cuando se proporciona en centros de diálisis renal o en unidades de hemodiálisis comunitarias.</p>	<p>X</p>	
Servicios comunitarios para adultos (Community Based Adult Services, CBAS)			<p>Servicios agrupados de los CBAS: Un programa de servicios para pacientes externos, basado en un centro, que proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personal, formación y apoyo a la familia/cuidador, comidas y transporte a los beneficiarios de Medi-Cal que reúnan los requisitos.</p> <p>Servicios no agrupados de los CBAS: Componentes de los servicios de los centros de los CBAS que, en ciertas condiciones, se prestan fuera de los centros.</p>	<p>X</p>
Trabajadores de salud comunitarios	Servicios preventivos			<p>X⁵</p>

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios perinatales integrales	Servicios ampliados para mujeres durante el embarazo. Servicios relacionados con el embarazo y posparto.	Se entiende por servicios perinatales integrales los servicios obstétricos, psicosociales, de nutrición y de educación relacionada con la salud, así como la coordinación de los casos relacionados, prestados durante el embarazo y hasta 12 meses después del último día de embarazo.	X	
Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal)		Servicios profesionales realizados o prestados por dentistas, incluidos el diagnóstico y tratamiento de dientes humanos mal colocados, de enfermedades o defectos del proceso alveolar, encías, mandíbulas y estructuras asociadas; el uso de fármacos administrados en consultorio, anestésicos y evaluación física; consultas; llamadas a domicilio, consultorio e institucionales.	X ⁶	
Servicios diádicos		Detección y servicios integrados de salud física y conductual para el niño, el cuidador y la familia.	X ⁵	
Servicios de una doula		Apoyo personal por parte de proveedores sin licencia a las beneficiarias embarazadas y sus familias durante el embarazo, el parto y el periodo del postparto.	X ⁵	
Equipo médico duradero	Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Dispositivos y suministros médicos de apoyo. Cubiertos con una receta médica; se requiere autorización previa.	X	

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPST)	EPST	EPST es el beneficio del programa de Medicaid para niños y adolescentes, que proporciona una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años con bajos ingresos, tal y como se especifica en la Sección 1905(r) de la Ley de Seguridad Social.	X	X
Medicamentos para la disfunción eréctil y/o sexual		Los medicamentos cuya única indicación aprobada por la FDA es el tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil no forman parte del beneficio del programa. Los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil, además de una o más indicaciones, son un beneficio sólo si el medicamento se ha utilizado para una indicación aprobada por la FDA fuera del tratamiento de la disfunción sexual o la disfunción eréctil.		X
Pruebas ampliadas de alfafetoproteína (administradas por la división de enfermedades genéticas del Departamento de Salud de California (California Department of Health, CDPH))		Un sencillo análisis de sangre recomendado a todas las mujeres embarazadas para detectar si son portadoras de un feto con ciertas anomalías genéticas, como defectos de tubo neural abierto, síndrome de Down, anomalías cromosómicas y defectos en la pared abdominal del feto.		X
Anteojos, lentes de contacto, dispositivos de ayuda para la baja visión, prótesis oculares y otros dispositivos oculares		Los dispositivos oculares están cubiertos con la receta válida de un médico u optometrista.		X ⁷

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
	dispositivos oculares			
Centros de salud con calificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC) (solo en el caso de los servicios cubiertos por Medi-Cal)	FQHC	Servicios descritos en la Sección 1396d(a)(2)(C) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), prestados por una entidad definida en la Sección 1396d(l)(2)(B) de dicho Título.	X	X
Audífonos	Audífonos		Los audífonos están cubiertos únicamente cuando son suministrados por un distribuidor de audífonos con la receta de un otorrinolaringólogo o del médico tratante cuando no haya un otorrinolaringólogo disponible en la comunidad, además de una evaluación auditológica que incluya una evaluación de audífonos que debe ser realizada por o bajo la supervisión del médico antes mencionado o por un audiólogo autorizado.	X
Servicios de exención 1915(c) a domicilio y en la comunidad (no incluye los servicios EPSDT)				Los servicios de exención a domicilio y en la comunidad se prestarán y reembolsarán únicamente como beneficios cubiertos por Medi-Cal: (1) durante la vigencia de la exención aplicable aprobada a nivel federal, (2) con el alcance establecido para los servicios en la exención aplicable aprobada por el HHS; y (3) en la medida en que el Departamento pueda reclamar y recibir el reembolso de fondos federales por estos servicios.

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios de la Agencia de atención médica a domicilio	Servicios de atención médica a domicilio -Agencia de atención médica a domicilio	Los servicios de la Agencia de atención médica a domicilio están cubiertos según se especifica a continuación cuando son recibidos por un médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica y prestados en el domicilio del beneficiario de acuerdo con un plan de tratamiento escrito que el médico revisa cada 60 días.	X	X
Servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio	Servicios de atención médica a domicilio -Auxiliar de atención de la salud a domicilio	Cubre los servicios de enfermería especializada u otros servicios profesionales en el hogar, incluidos los servicios de enfermería especializada a tiempo parcial e intermitente, los servicios de auxiliares de atención de la salud a domicilio, los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, o terapia del habla y servicios de audiología, y los servicios sociales médicos prestados por un trabajador social.	X	X
Servicios farmacéuticos de atención de la salud a domicilio - Nutrición parenteral y enteral total bajo Medi-Cal Rx	Atención de la salud a domicilio			Productos nutricionales médica mente necesarios debido a una enfermedad crónica o traumatismo para pacientes que no pueden mantenerse mediante alimentación oral y cuando se utilizan como régimen terapéutico para prevenir una discapacidad grave o la muerte en pacientes con afecciones médica mente diagnosticadas que impiden el uso completo de la alimentación habitual y que son facturados por una farmacia en una reclamación de farmacia, incluida la fórmula, las bombas, los tubos y las subcategorías generales, tal y como se describe en la carta del plan Medi-Cal Rx All (APL 20-020).

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Otros servicios farmacéuticos de atención de la salud a domicilio - Nutrición parenteral total y enteral	Atención de la salud a domicilio	<p>Productos nutricionales médicamente necesarios debido a una enfermedad crónica o traumatismo para pacientes que no pueden mantenerse mediante alimentación oral y cuando se utilizan como régimen terapéutico para prevenir una discapacidad grave o la muerte en pacientes con afecciones médicamente diagnosticadas que impiden el uso completo de la alimentación habitual y que son facturados en reclamaciones médicas o institucionales, tal y como se describe en la carta del plan Medi-Cal Rx All (APL 20-020).</p>	<p>X</p>	
Cuidados paliativos		Cuidados paliativos	<p>Cubre los servicios limitados a las personas que han sido certificadas como enfermos terminales de acuerdo con el Título 42, CFR Parte 418, Subparte B, y que directamente o a través de su representante se ofrecen voluntariamente para recibir dichos beneficios en lugar de otros cuidados según lo especificado.</p>	<p>X</p>
Servicios hospitalarios para pacientes externos y servicios organizados para pacientes externos		Servicios en una clínica y hospitalarios para pacientes externos y servicios organizados en una clínica para pacientes externos	<p>Esquema administrativo programado que permite a los pacientes externos recibir la atención de un profesional que presta atención médica. Ofrece la oportunidad de realizar consultas, investigaciones y tratamientos menores.</p>	<p>X</p>
Medicamentos contra el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA			Medicamentos contra el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA que figuran en el Manual del proveedor de Medi-Cal (Medi-Cal Provider Manual).	<p>X</p>
Histerectomía	Servicios hospitalarios		Con excepción de las mujeres previamente estériles, una histerectomía que no sea de urgencia solo puede	<p>X</p>

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
	para pacientes internados	<p>cubrirse si: (1) la persona que obtiene la autorización para realizar la histerectomía ha informado a la persona y a sus representantes, si los hubiera, verbalmente y por escrito, que la histerectomía dejará a la persona permanentemente estéril; (2) la persona y sus representantes, si los hubiera, han firmado un acuse de recibo por escrito de la información recibida y (3) la persona ha sido informada de su derecho a una consulta con un segundo médico. Una histerectomía de emergencia puede cubrirse solamente si el médico certifica en el formulario de reclamación o en un archivo adjunto que la histerectomía se realizó debido a una situación de emergencia que amenaza la vida y en la que el médico determinó que el reconocimiento previo no era posible e incluye una descripción de la naturaleza de la emergencia.</p>		
	Programa de salud para la población india estadounidense (Indian Health Services) (solo los servicios cubiertos por Medi-Cal)		<p>Población india estadounidense significa cualquier persona que reúna los requisitos en virtud de las leyes y reglamentos federales (Secciones 1603c, 1679b y 1680 del Título 25 del Código de los Estados Unidos) y cubre los servicios sanitarios prestados directamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health), el Programa de salud para la población india estadounidense (Indian Health Service), o por un programa de salud para la población india estadounidense tribal o urbana financiado por el Programa de salud para la población india estadounidense para prestar servicios de salud a las personas que reúnan los requisitos, ya sea directamente o mediante algún contrato.</p>	<p>X</p>
	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Servicios hospitalarios	Cubre servicios de parto y hospitalización para los recién nacidos; servicios de emergencia sin autorización previa; y cualquier hospitalización	<p>X</p>

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
	para pacientes internados	considerada médica mente necesaria con autorización previa.		
Servicios de laboratorio, de radiología y de radioisótopos	Servicios de laboratorio, de radiografías y laboratorio, de radiología y radioisótopos	Cubre exámenes, pruebas y servicios terapéuticos solicitados por un profesional con licencia que lo está tratando.	X ⁸	X
Servicios de partera con licencia	Servicios de otros profesionales de la atención médica y servicios de partera con licencia	Los siguientes servicios estarán cubiertos como servicios de partera con licencia en el marco del Programa Medi-Cal cuando los preste una partera con licencia: (1) la asistencia en casos de parto normal y (2) la prestación de atención prenatal, de intraparto y posparto, incluidos los cuidados relacionados con la planificación familiar, para la madre, y la atención inmediata para el recién nacido.	X	X
	Servicios de la agencia educativa local (Local Educational Agency, LEA)	Servicios del programa de opción de facturación de la agencia local de educación a Medi-Cal	Servicios de evaluación de la salud y la salud mental y de educación para la salud y la salud mental, que incluyen uno o todos los siguientes: (A) evaluación nutricional y educación nutricional, que consiste en evaluaciones y educación nutricional no presencial impartida al beneficiario elegible de la LEA basada en el resultado de la evaluación de salud nutricional (dieta, alimentación, valores de laboratorio y crecimiento), (B) evaluación de la vista, que consiste en el examen de la agudeza visual en el punto lejano realizado mediante la prueba de Snellen, (C) evaluación de la audición, que consiste en pruebas para detectar deficiencias auditivas utilizando criterios de riesgo y técnicas de detección apropiadas según se define en el Título 17, Secciones 2951(c) del Código de Regulaciones de California, (D) evaluación del desarrollo, que consiste en el examen del nivel de desarrollo mediante la revisión de los logros del	X

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
		<p>desarrollo en comparación con las normas esperadas para la edad y los antecedentes, (E) evaluación del estado psicosocial, que consiste en la valoración del funcionamiento cognitivo, emocional, social y conductual y del autoconcepto mediante pruebas, entrevistas y evaluaciones conductuales y (F) educación de la salud y orientación anticipatoria adecuada a la edad y el estado de salud, que consiste en la educación de la salud fuera del aula y en la orientación anticipatoria basada en la educación de la salud apropiada para la edad y el desarrollo.</p>		<p>Antes del 1/1/2023: X^{9,10,11}</p> <p>Después del 1/1/2023: X</p>
	Servicios de centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)		<p>Cuidados médicamente necesarios en un centro o entorno de LTC, incluidos todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), incluida una parte o unidad diferenciada de un hospital; • Centro de cuidados intermedios (Intermediate Care Facility, ICF); • Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD); • Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo con habilitación (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled with Habilitative, ICF/DDH); • Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo con enfermería (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled with Nursing, ICF/DDN); • Centro de cuidados subagudos; 	

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios de Medi-Cal contra el abuso de sustancias tóxicas	Servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de cuidados subagudos pediátricos. <p>Tratamiento por abuso de sustancias tóxicas médicamente necesario para los beneficiarios que reúnan los requisitos. Esto incluye servicios de asesoramiento y terapia conductual relacionados con los medicamentos y productos biológicos cubiertos en virtud de la Ley SUPPORT.</p>		X
Suministros médicos	Suministros médicos		<p>Suministros necesarios desde el punto de vista médico cuando los prescriba un profesional con licencia que lo está tratando. No incluye los suministros médicos excluidos de Medi-Cal Rx facturados por una farmacia en una reclamación de farmacia, incluidos los suministros médicos descritos en la Carta de todos los planes de Medi-Cal Rx (APL 20-020).</p>	X
Servicios de transporte médico y no médico (Medical & Non-Medical Transportation, NMT)		<p>Transporte: servicios de transporte médico y no médico (Medical & Non-Medical Transportation, NMT)</p>		<p>Cubre los servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta con litera y camioneta adaptada para silla de ruedas cuando el estado médico y físico del beneficiario es tal que el transporte por medios ordinarios de transporte público o privado está contraindicado desde el punto de vista médico, y el transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria. NMT es el transporte en vehículo privado o público para los beneficiarios que no tienen otra manera de llegar a su cita.</p>
Servicios de enfermería anestesista		<p>Servicios de otros profesionales de la atención médica y servicios de enfermería anestesista</p>		X

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios de enfermería obstétrica	Servicios de enfermería obstétrica	Enfermera titulada de práctica avanzada con formación especializada tanto en enfermería como en obstetricia, con formación en obstetricia y que proporciona cuidados a las madres y a los recién nacidos durante el ciclo de maternidad del embarazo, el parto, el nacimiento y el periodo postparto inmediato, sin que este exceda las seis semanas.	X	
Servicios de optometría	Servicios de optometría	Cubre los exámenes de la vista y la receta de lentes de corrección.	X	
Cirugías de trasplante de órganos y médula ósea	Trasplante	Cirugías de trasplante de órganos y médula ósea de donantes y receptores médicamente necesarias para receptores y donantes de trasplantes adultos y pediátricos, incluidos los servicios relacionados, como la obtención de órganos y la atención a donantes vivos.	X	
Salud mental para pacientes externos		Salud mental para pacientes externos	Servicios prestados por profesionales de la salud con licencia que actúan dentro del ámbito de su licencia para adultos y niños diagnosticados con una enfermedad mental según lo definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) que resulta en angustia leve a moderada o deterioro del funcionamiento mental, emocional o de comportamiento. Los servicios incluyen:	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos de salud mental para posibles trastornos de salud mental aún no diagnosticados • Revisiones e intervenciones de salud conductual

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento de la salud mental, incluida la psicoterapia individual, de grupo y familiar • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas, cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un trastorno de salud mental. • Servicios para pacientes externos con fines de seguimiento de la terapia farmacológica • Consulta psiquiátrica • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes externos • Servicios de salud mental para beneficiarios de 21 años o más con malestar de leve a moderado o deterioro de leve a moderado del funcionamiento mental, emocional o conductual derivado de trastornos de salud mental, según la definición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales vigente • Servicios de salud mental para beneficiarios menores de 21 años, independientemente del nivel de angustia o deterioro o de la presencia de un diagnóstico, a menos que el beneficiario cumpla los criterios de los Servicios Especializados de Salud Mental. 		

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Servicios organizados en una clínica para pacientes externos	Servicios clínicos y servicios organizados en una clínica para pacientes externos	Los servicios de atención médica a domicilio y los servicios de exención en centros de enfermería están cubiertos cuando los receta un médico y se prestan en el lugar de residencia del beneficiario de acuerdo con un plan de tratamiento escrito que indique la necesidad de servicios de exención de atención médica a domicilio o servicios de exención en centros de enfermería y de conformidad con un acuerdo escrito entre el Departamento y el proveedor del servicio.	X	X
Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes externos	Servicios de desintoxicación de heroína para pacientes externos	Puede abarcar una serie de medicamentos y tratamientos, lo que permite la funcionalidad diaria de una persona que decide no ingresar como paciente internado. Los servicios electivos rutinarios de desintoxicación de heroína están cubiertos, previa autorización, solamente como servicio para pacientes externos. Los servicios para pacientes externos se limitan a un período máximo de 21 días. Los servicios hospitalarios para pacientes ingresados se limitarán a pacientes con complicaciones médicas graves de la adicción o a pacientes con problemas médicos asociados que requieran tratamiento hospitalario.	X	X
Medicamentos de la Parte D		Beneficios de medicamentos para beneficiarios de doble elegibilidad al beneficio completo de medicamentos en virtud de la Parte D del Título XVIII de la Ley del Seguro Social.	X	X
Servicios de farmacia y medicamentos con receta bajo Medi-Cal Rx	Servicios de farmacia y medicamentos con receta	Beneficios de farmacia excluidos de Medi-Cal Rx, que son beneficios de farmacia facturados por una farmacia en una reclamación de farmacia, incluidos los medicamentos cubiertos para pacientes externos y los medicamentos administrados por un médico, tal y como se describe en la Carta de todos los planes de plan Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	X

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Otros servicios de farmacia y medicamentos con receta	Servicios de farmacia y medicamentos con receta	Cubre los beneficios de farmacia que se facturan en las reclamaciones médicas e institucionales, incluidos los medicamentos administrados por médicos, otros medicamentos para pacientes externos, medicamentos con o sin leyenda y medicamentos especializados que no están excluidos de Medi-Cal Rx, tal y como se ha explicado anteriormente, y se describe con más detalle en la Carta de todos los planes de Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	
Servicios de farmacéuticos	Servicios de farmacéuticos	Los servicios de farmacéuticos en un entorno de farmacia comunitaria que suministran categorías específicas de medicamentos (suministro de naloxona, anticonceptivos hormonales autoadministrados, terapia de sustitución de nicotina, profilaxis previa y posterior a la exposición al VIH, e inicio y administración de inmunizaciones).	X	
Servicios de médicos	Servicios de médicos	Cubre la atención primaria, los servicios para pacientes externos y los servicios prestados durante una estadía en un hospital o centro de enfermería para servicios médica mente necesarios. Puede cubrir servicios limitados de salud mental cuando son prestados por un médico, y tratamientos limitados de alergias.	X	Las visitas al consultorio están cubiertas si son médica mente necesarias. Todos los demás servicios para pacientes externos están sujetos a los mismos procedimientos de autorización previa que rigen para los médicos, y se limitan a los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para tratar trastornos de los pies, los tobillos o los tendones que se insertan en el pie, secundarios a enfermedades médicas crónicas o que las complican, o que merman considerablemente la capacidad de caminar. Los servicios prestados en

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
		una situación de emergencia están exentos de autorización previa.		
Servicios preventivos	Servicios preventivos	Todos los servicios preventivos articulados en el plan estatal.	X	
Aparatos protésicos y ortopédicos	Aparatos protésicos y ortopédicos	Todos los aparatos protésicos y ortopédicos necesarios para el restablecimiento de la función o la sustitución de partes del cuerpo según prescripción de un médico, podiatra o dentista con licencia, dentro del ámbito de su licencia, están cubiertos cuando los proporciona un especialista en prótesis, ortopedia o el médico con licencia, respectivamente.	X	
Fisioterapia y terapia ocupacional	Fisioterapia y terapia ocupacional	La fisioterapia y la terapia ocupacional están cubiertas cuando las prestan personas que cumplen los requisitos adecuados.	X	
Enfermería privada	EPSDT	La enfermería privada es la planificación de los cuidados y la atención de los clientes por parte de enfermeros, ya sean enfermeros titulados o enfermeros prácticos con licencia, para personas menores de 21 años.	X ²	
Servicios del centro de rehabilitación para pacientes externos	Servicios de rehabilitación	Centro que proporciona terapia y entrenamiento para la rehabilitación de forma ambulatoria. El centro puede ofrecer terapia ocupacional, fisioterapia, formación profesional y formación especial.	X	
Servicios del centro de rehabilitación	Servicios de rehabilitación	Centro que ofrece un programa multidisciplinario integrado de servicios de readaptación diseñados para mejorar o mantener el funcionamiento físico de los pacientes.	X	
Servicios de cuidados respiratorios	Servicios de médicos	Proveedor con capacitación adecuada y con licencia para cuidados respiratorios que proporciona terapia, gestión, rehabilitación, evaluación de diagnóstico y	X	

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
		cuidados a pacientes con deficiencias y anomalías que afectan al sistema pulmonar y a aspectos del sistema cardiopulmonar y otros sistemas.		
Servicios de la clínica de salud rural	Servicios de la clínica de salud rural	Servicios descritos en la Sección 1396d(a)(2)(B) del Título 42 del Código de los Estados Unidos prestados por una clínica de salud rural según se define en la Sección 1396d(l)(1) del título mencionado.	X	X
Alcance de los servicios de intérprete de lengua de señas	Servicios de intérprete de lengua de señas	Se pueden utilizar servicios de intérprete de lengua de señas para servicios de atención médica que son médicalemente necesarios.	X	X
Servicios prestados en un hospital estatal o federal		Los hospitales estatales de California prestan servicios de tratamiento hospitalario a californianos con enfermedades mentales graves. Los hospitales federales prestan servicios a determinadas poblaciones, como los militares, de los que es responsable el gobierno federal.		X
Servicios especializados de salud mental		Servicios de rehabilitación, que incluyen servicios de salud mental, servicios de apoyo a la medicación, tratamiento intensivo de día, rehabilitación de día, intervención en crisis, estabilización de crisis, servicios de tratamiento residencial para adultos, servicios residenciales en crisis y servicios de centros de salud psiquiátrica.		X ¹³
	Servicios especializados de rehabilitación en centros de atención de enfermería especializada y centros de cuidados intermedios. Servicios especializados de salud mental	Servicios especiales de rehabilitación	Se cubrirán los servicios especializados de rehabilitación. Dicho servicio incluirá la continuación médicalemente necesaria de los servicios de tratamiento iniciados en el hospital o la terapia intensiva a corto plazo que se espera produzca una recuperación de la función que conduzca a (1) un nivel superior sostenido de autocuidado y el alta a domicilio o (2) un nivel inferior de cuidados. Se cubrirán los servicios especializados de rehabilitación.	X ⁹

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
Patología del habla	Patología del habla	Los servicios de patología del habla están cubiertos cuando los prestan personas que cumplen los requisitos adecuados. <small>Error! Bookmark not defined.</small>	X	X
Servicios apoyados por el estado		Servicios de aborto financiados por el estado que se prestan a través de un contrato secundario.	X	X
Servicios de cama móvil	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios de cama móvil son servicios de atención hospitalaria adicionales para aquellos que cumplen los requisitos y necesitan atención adicional antes de volver a casa.	X	X
Servicios de la administración de casos específicos (prestados por organismos gubernamentales locales)	Administración de casos específicos	Las personas que reúnen los requisitos para recibir servicios de la administración de casos específicos serán los siguientes grupos de beneficiarios de Medi-Cal: (1) niños de alto riesgo menores de 21 años, (2) personas frágiles desde el punto de vista médico, (3) niños con un Plan de educación individualizado o un Plan de servicio familiar individualizado, (4) personas en riesgo de institucionalización, (5) personas que corren el riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud o psicosociales y (6) personas con una enfermedad contagiosa. Los servicios de administración de casos específicos incluirán al menos uno de los siguientes componentes del servicio: Una evaluación documentada que identifique las necesidades del beneficiario, el desarrollo de un plan de servicios individual, exhaustivo y por escrito, la aplicación del plan de servicios que incluya la vinculación y consulta con proveedores de servicios y la derivación a los mismos, la asistencia para tener acceso a los servicios identificados en el plan de servicios, planificación de asistencia en caso de crisis para coordinar y organizar el servicio o tratamiento inmediato necesario en aquellas situaciones que parezcan ser de naturaleza emergente o que requieran atención o resolución inmediata para evitar,		X

Servicio	Categoría de servicio del plan estatal	Definición	Beneficio incorporado a la atención médica controlada (Managed Care)*	Beneficio subcontratado por la atención médica controlada (Managed Care)*
		eliminar o reducir una situación de crisis para un beneficiario específico, revisión periódica del progreso del beneficiario hacia la consecución de los resultados del servicio identificados en el plan de servicio para determinar si los servicios actuales deben continuar, modificarse o interrumpirse.		
Servicios de cuidados transitorios para pacientes internados	Servicios de centro de atención de enfermedad y de cuidados transitorios para pacientes internados	Focalización en la transición de la atención ambulatoria a la hospitalaria. Los coordinadores de la atención a pacientes internados, junto con los proveedores de diversos entornos a lo largo del continuo asistencial, deben proporcionar una transición segura y de calidad.	X	X
Servicios relacionados con la tuberculosis (TB) (prestados por los departamentos de salud locales del condado)	Servicios relacionados con la TB	Cubre la atención y el tratamiento de la tuberculosis de acuerdo con las directrices recomendadas por la Sociedad Americana del Tórax (American Thoracic Society) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).		X

¹ La cobertura y el reembolso de las vacunas COVID-19 y su administración están excluidos de la atención administrada de Medi-Cal para todas las poblaciones elegibles y están exclusivamente cubiertos y reembolsados a través del sistema de prestación de pago por servicio del Estado por todos los proveedores aplicables.

² La cobertura de las prestaciones se limita únicamente a los beneficiarios menores de 21 años para los servicios prestados de conformidad con los requisitos de EPSDT.

³ Servicios para los niños de California (California Children Services, CCS) cubiertos en los condados COHS con la excepción del condado de Ventura (Gold Coast Health Plan). CCS no está cubierto en los condados que no pertenecen al COHS y en el condado de Ventura.

⁴ La cobertura quiropráctica se limita únicamente a los beneficiarios de "Grupos Exentos": 1) beneficiarios menores de 21 años para servicios prestados de conformidad con el programa EPSDT; 2) beneficiarios que residan en un SNF (centros de atención de enfermería de nivel A y nivel B, incluidos los centros de cuidados subagudos; 3) beneficiarias que estén embarazadas; 4) beneficiarios de CCS; 5) beneficiarios inscritos en el PACE; 6) beneficiarios

que reciban servicios en un FQHC o RHC; y 7) beneficiarios en centros hospitalarios para pacientes externos. Los servicios quiroprácticos no están disponibles en las Clínicas de salud para la población india estadounidense (Indian Health Clinics), excepto para aquellos en los grupos exentos.

⁵ Cobertura de la prestación sujeta a aprobación federal en el Plan Estatal de Medi-Cal.

⁶ Los servicios dentales están incluidos en la atención administrada por Health Plan of San Mateo.

⁷ La fabricación de lentes para anteojos está subcontratada en todo el estado con los laboratorios ópticos contratados por FFS Medi-Cal, con la excepción de lentes especiales (incluyendo lentes que exceden los rangos de los laboratorios contratados), que siguen siendo responsabilidad del plan de atención administrada.

⁸ Cobertura y reembolso de las pruebas de COVID-19 en el entorno escolar, que se separarán de la atención administrada, y se cubrirán y reembolsarán a través del sistema de prestación de pago por servicio del estado.

⁹ Solamente cubierto durante el mes de admisión y el mes siguiente en No-COHS. Servicios cubiertos en el COHS.

¹⁰ Servicios cubiertos bajo atención administrada solo en los Condados Autorizados para Beneficiarios Elegibles de MLTSS: Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Mateo y Santa Clara. Los beneficios de IHSS no forman parte de este servicio cubierto.

¹¹ Los residentes de ICF-DD están exentos de la inscripción en el plan de atención administrada en los Condados de la Iniciativa de Atención Coordinada (Coordinated Care Initiative Counties).

¹² Servicios prestados por médicos de atención primaria; psiquiatras; psicólogos; trabajadores sociales clínicos con licencia; u otro proveedor especializado en la salud mental. El plan de salud del condado de Solano para Partnership Health (COHS) cubre los servicios especializados de salud mental, y Kaiser GMC cubre los servicios de hospitalización, para pacientes externos y especializados de salud mental.

¹³ Los miembros de Kaiser en los condados de Solano y Sacramento están incluidos en la atención administrada hasta el 1 de julio de 2023.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Wellcare By Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare By Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare By Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare By Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

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

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare By Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare By Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare By Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare By Health Net's website at **wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
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
Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <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): انتبه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). توفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطبيعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

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

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាតាមរបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនឹងសេវាកម្មសម្រាប់ដែនពីការ ផ្តល់ជាផកសារជាមក្ស្យាជុសសម្រាប់ដែនពីការនេះអ្នក នឹងពុម្ពអក្សរជំក៉ានដែលទាំងអស់ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគឺតែផ្តល់នោះទេ។

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 معلویت، 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 निःशुल्क 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): ລົ້ມໍ່ຄົນ: ຖ້າທ່າກວາທ່ານຕອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ່ານ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ລົ້ມໍ່ຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວຂໍ້ກສອນນູ້ນີ້ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທ່ານ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼືອນີ້ແມ່ນພົກ.

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 buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਟਿ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਆਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помочь 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 serbisyon 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.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-917-0175 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

Cómo entender los beneficios

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

Cómo entender las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2025.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para solicitar más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.
- Para los planes HMO, CSNP y DSNP:** Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes 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 obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

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



Horario de atención

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



En línea

www.wellcare.com/healthnetCA