



Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Manual para los miembros

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener este Manual para los miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. Wellcare by Health Net proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Consulte su Manual para los miembros para obtener más información sobre los servicios de asistencia en idiomas, por ejemplo, de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, por ejemplo, braille, letra en fuente grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
H3561_007_2025_CA_EOC_DSNP_155219S_C



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios de interpretación

Wellcare by Health Net proporciona servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, a cargo de intérpretes calificados, las 24 horas del día, sin costo alguno para usted. No necesita recurrir a un familiar o amigo para que actúe como intérprete. Recomendamos evitar recurrir a menores como intérpretes a menos que se encuentre en una emergencia. Los servicios lingüísticos, culturales y de interpretación están disponibles en forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma o para recibir este Manual para los miembros en otro idioma, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

La cobertura de salud y de medicamentos a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual para los miembros*

Este *Manual para los miembros*, también denominado *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, los servicios de atención conductual (salud mental y tratamiento para el trastorno por el consumo de sustancias), la cobertura para medicamentos con receta, así como los servicios y apoyos de atención a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el **Capítulo 12** de su *Manual para los miembros*.

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

Cuando este *Manual para los miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), su plan Medicare Medi-Cal.

Este documento está disponible de forma gratuita en hmong y español.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio, llamando a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que entienda la información de su plan de salud. Podemos enviarle este material en otro idioma o en un formato alternativo si lo solicita. A esto se le denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

Contáctenos si:

- Quiere obtener su material en español y hmong o en un formato alternativo. Puede solicitar cualquiera de estos idiomas en formato alternativo.
- Quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos el material.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 los días feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que le responda nuestro sistema telefónico



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

automatizado. Informe su nombre y número de teléfono, y le llamaremos en el plazo de un (1) día hábil.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-236-2366 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-236-2366 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-833-236-2366 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-833-236-2366 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-833-236-2366 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-833-236-2366 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-833-236-2366 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-833-236-2366 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-833-236-2366 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-833-236-2366 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-833-236-2366 (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。1-833-236-2366 (TTY : 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-833-236-2366(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-833-236-2366(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-236-2366 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-236-2366 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-833-236-2366 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-833-236-2366 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-2366 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-2366 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-833-236-2366 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-833-236-2366 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-833-236-2366 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-833-236-2366 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-833-236-2366 (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 1-833-236-2366 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Manual para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para 2025**Índice**

CAPÍTULO 1	Primeros pasos como miembro.....	10
CAPÍTULO 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	23
CAPÍTULO 3	Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos.....	46
CAPÍTULO 4	Tabla de beneficios	76
CAPÍTULO 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos	167
CAPÍTULO 6	Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal.....	189
CAPÍTULO 7	Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos	197
CAPÍTULO 8	Sus derechos y responsabilidades.....	205
CAPÍTULO 9	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	220
CAPÍTULO 10	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	271
CAPÍTULO 11	Avisos legales	282
CAPÍTULO 12	Definiciones de palabras importantes	290



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para 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 con un contrato de 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.
- ❖ CalViva Health es un Plan de atención administrada (Managed Care Plan, MCP) de Medi-Cal y es el Plan de salud de iniciativa local para la atención administrada de Medi-Cal en los condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health es un plan de salud de servicio completo que tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) para brindar servicios cubiertos por Medi-Cal a los inscritos en atención administrada de Medi-Cal bajo el modelo de Dos planes en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health tiene contrato con Health Net Community Solutions, Inc. sobre una base capitada para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos por Medi-Cal en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation, y es el administrador contratado de CalViva Health MCP en todos los códigos postales de los condados de Fresno, Kings y Madera.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su *Manual para los miembros* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a servicios fuera de la red.
- ❖ Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.
- ❖ Con base en una revisión del Modelo de atención, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) recibió la aprobación del Comité Nacional para el Control de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) hasta el año 2025.
- ❖ La cobertura según Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) califica como cobertura de salud denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y sobre su membresía en él. También le indica qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Bienvenido a nuestro plan.....	12
B.	Información sobre Medicare y Medi-Cal	12
	B1. Medicare	12
	B2. Medi-Cal	13
C.	Ventajas de nuestro plan	13
D.	Área de servicio de nuestro plan.....	14
E.	Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan	15
F.	Qué puede esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud	15
G.	Su equipo de atención y su plan de atención	17
	G1. Equipo de atención médica	17
	G2. Plan de salud	17
H.	Sus costos mensuales de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)	17
	H1. Prima del plan.....	18
I.	Su <i>Manual para los miembros</i>	18
J.	Otra información importante que recibe de nosotros	18
	J1. Su tarjeta de identificación de miembro.....	18
	J2. <i>Directorio de proveedores y de farmacias</i>	19
	J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	21
	J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	21
K.	Mantener actualizado su registro de miembro	22



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI)..... 22



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para 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 de atención a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención médica para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Experiencia con la que puede contar

Usted se ha inscrito en un plan de salud con el que puede contar.

Wellcare by Health Net en sociedad con CalViva Health ayuda a los californianos que tienen cobertura de Medicare y Medi-Cal a obtener los servicios que necesitan. Para ello, le ofrecemos un fácil acceso a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal, y mucho más:

- Nos enorgullecemos de ofrecer un excelente servicio al cliente; esto se logra brindándole atención enfocada, positiva y personalizada a usted como nuestro miembro. Nuestro personal capacitado de Servicios para los miembros no lo hará esperar y puede atenderlo en varios idiomas mediante el uso de servicios de interpretación. Le proporcionaremos un nivel de servicio de “conserjería” para ayudarle a navegar a través de sus beneficios como lo haríamos con nuestra propia familia, así obtendrá rápidamente las respuestas que necesita para acceder a la atención.
- Llevamos casi 25 años construyendo redes de médicos de alta calidad. Los médicos y especialistas de nuestra red que trabajan juntos en grupos médicos para asegurarse de que reciba la atención que necesita, cuando la necesita.
- Su comunidad es nuestra comunidad. Somos una compañía nacional con presencia local. Muchos de nuestros empleados viven donde usted vive. Apoyamos a nuestras comunidades locales con:
 - Exámenes de salud en eventos de salud locales y centros comunitarios
 - Clases gratuitas de educación sobre la salud

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a:

- personas de 65 años o más,



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de California de Medicaid. Medi-Cal es administrado por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre los servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

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

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de ofrecerse en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá por medio de nuestro plan todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal, incluidos los medicamentos con receta. **Usted no paga ningún monto adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede colaborar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Cuenta con un equipo de atención médica que usted ayuda a formar. Su equipo de atención médica puede estar formado por usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Usted puede acceder a un coordinador de atención. Se trata de una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención médica para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención médica y de su coordinador de atención.
- Su equipo de atención médica y su coordinador de atención colaboran con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención médica se asegure de que:
 - Sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que esté tomando los medicamentos adecuados y reducir cualquier efecto secundario que pudieran provocar.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Miembros nuevos de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos se le inscribirá en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para obtener sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicite su inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. A partir de ese momento, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-833-236-2366 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Fresno, Kings, Madera.

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

No puede seguir inscrito en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga 21 años o más al momento de la inscripción, **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos, **y**
- actualmente sea elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere en un plazo de 6 meses, entonces usted sigue siendo elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

F. Qué puede esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que usa ahora durante un tiempo determinado incluso si no están en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

momento de la inscripción durante un máximo de 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos pide que le permitamos seguir utilizando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos si hay una relación existente revisando su información de salud disponible o la información que usted nos facilite.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida, y debemos responder en 15 días. Puede realizar esta solicitud llamando al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 corre riesgo de sufrir algún daño, debemos responderle en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realice la solicitud.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) por al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler y un proveedor de la red pueda entregar el alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud en el caso de proveedores de transporte o de otros proveedores de servicios auxiliares, puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención, deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, 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 CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). También se le asignará un PCP de este grupo médico participante. Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA y seleccione un PCP de nuestra red de planes. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red. Consulte el **Capítulo 3, Sección D** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención médica

Un equipo de atención médica puede asistirle para que siga recibiendo la atención médica que necesite. Este equipo de atención médica puede estar conformado por su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud de su elección.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención médica que necesita. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le orientará hacia otros recursos comunitarios que nuestro plan posiblemente no proporcione y colaborará con su equipo de atención médica para ayudarle a coordinar su atención médica. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención médica.

G2. Plan de salud

Su equipo de atención médica trabaja con usted para elaborar un plan de salud. El plan de salud le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) u otros servicios.

Su plan de salud incluye:

- sus objetivos de atención médica, y
- un calendario para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de la Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Le preguntan qué servicios necesita. También le informan sobre los servicios que podría querer recibir. Su plan de salud se elabora en función de sus necesidades y objetivos. El equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de salud al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene prima.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

H1. Prima del plan

El programa de "Ayuda adicional" paga la prima de la Parte D de Medicare a nombre de usted cuando usted está inscrito en nuestro plan.

I. Su *Manual para los miembros*

Su *Manual para los miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos respetar todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9, Sección D** de su *Manual para los miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para los miembros* llamando a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual para los miembros* que se encuentra en nuestra página web al final de la página.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo tener acceso a un *Directorio de proveedores y de farmacias*, así como información sobre cómo tener acceso a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Formulario*.




J1. Su tarjeta de identificación de miembro


En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, que incluyen los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), algunos servicios de salud conductual y los medicamentos con receta. Deberá mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Este es un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

 Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) MEMBER #: C12345678-01 PLAN #: H3561-007-000 ISSUER #: (80840) 9151014609	
MEMBER FULL NAME	
 [2025] Member portal	Care Coordinator Phone: 1-833-236-2366 PCP Name: LAST NAME, FIRST NAME PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PPG Name: Provider Group Name PPG Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
	Card Issued: [mm/dd/yyyy]  RXBIN: 610014 MEMBER CANNOT BE CHARGED RXPCN: MEDDPRIME PCP / Specialist Office Visit: \$0 RXGRP: 2FFA

	
Member Services / PCP Change Mental Health Benefits Vision: Premier Eye Care Dental: Delta Dental Transportation: Access2Care Provider Services Pharmacist Only	1-833-236-2366 (TTY: 711) 1-800-646-5610 (TTY: 711) 1-833-883-2339 (TTY: 711) 1-855-643-8515 (TTY: 711) 1-844-515-6876 (TTY: 711) 1-833-236-2366 (TTY: 711) 1-833-750-0202 (TTY: 711)
Medical Claims: Wellcare by Health Net Attn: Claims P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030 Payor ID: 68069 Part D Claims: Wellcare by Health Net Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Department P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER) www.wellcare.com/healthnetCA	

Si su tarjeta de identificación de miembro está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir 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, es posible que el proveedor le facture a Medicare en lugar de hacerlo a nuestro plan y que usted reciba una factura. Consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los 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 (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Support Services, IHSS)
- Servicios especializados de salud mental y trastornos por el consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) del condado
- Servicios del Programa de servicios multipropósito para personas de edad avanzada (Multi-Purpose Senior Services Program, MSSP)
- Servicios cubiertos de Medi-Cal Rx o Proveedores de “Medi-Cal Rx”
- Servicios dentales cubiertos por Medi-Cal
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Waiver Services, HCBS)

J2. Directorio de proveedores y de farmacias

El *Directorio de proveedores y de farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y de farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página. Las solicitudes de



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Directorios de proveedores y de farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y de farmacias* en la dirección web que figura al final de la página.

El *Directorio de proveedores* le permite encontrar información acerca de los proveedores de la red, entre ella sus nombres, direcciones, números de teléfono, especialidades y demás.

Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red. Este *Directorio de proveedores y de farmacias* enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeros con práctica médica y psicólogos), centros de atención (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de Servicios comunitarios para adultos) que puede consultar como miembro de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta. Las farmacias que figuran en el *Directorio de proveedores y de farmacias* incluyen tiendas minoristas, pedidos por correo, infusión en el hogar y atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionen servicios de salud en nuestro plan; **y**,
 - Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), servicios de salud conductual, agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y otros que proporcionen bienes y servicios que usted obtenga a través de Medicare o Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Salvo en caso de emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar los medicamentos.

Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página para obtener más información. Servicios para los miembros y nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar. En ella, se indican los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5, Sección C** de su *Manual para los miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para los miembros o visite nuestra página web en la dirección que figura al final de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*.

La EOB le indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6, Sección A** de su *Manual para los miembros* proporciona más información acerca de la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para los miembros llamando a los números que figuran al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

K. Mantener actualizado su registro de miembro

Para mantener actualizado su registro de miembro, infórmenos cuando su información cambie.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Nuestros proveedores y farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o la de su pareja doméstica, o la compensación laboral;
- cualquier demanda de responsabilidad civil, como las de un accidente automovilístico;
- ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de 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 participe o del que llegue a formar parte, pero le alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.

K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI)

La información en su registro de miembro puede incluir su información de salud personal (Personal Health Information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8, Sección C1** de su *Manual para los miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo encontrará información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención de la salud. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que lo defiendan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Servicios para los miembros	24
B.	Su coordinador de atención	27
C.	Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	30
D.	Línea de asesoramiento de enfermería	32
E.	Línea para crisis de salud conductual.....	32
F.	Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	33
G.	Medicare	34
H.	Medi-Cal.....	35
I.	Oficina del Defensor de la Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal.....	36
J.	Servicios sociales del condado	37
K.	Agencia de Servicios de Salud Conductual del condado.....	39
L.	Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	41
M.	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	41
	M1. Ayuda adicional	41
N.	Seguro Social.....	42
O.	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	43
P.	Otros recursos.....	44
Q.	Programa dental de Medi-Cal	44



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Servicios para los miembros

LLAME AL	<p>1-833-236-2366 Esta 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 los días feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</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 los días feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil.</p>
ESCRIBA A	<p>Wellcare By Health Net In Partnership with CalViva Health PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener ayuda sobre:

- Preguntas sobre el plan



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Preguntas sobre reclamaciones o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura relativa a su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros*.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que hemos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* o comuníquese con Servicios para los miembros.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red y los que no son de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención recibida (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior, página 24).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del defensor de Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) llamando al 1-855-501-3077.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9, Sección K** de su *Manual para los miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y algunas 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 a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9, Sección G** de su *Manual para los miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9, Sección G** de su *Manual para los miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9, Sección K** de su *Manual para los miembros*.
- Pago de la atención médica o de los medicamentos que ya pagó



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Para saber más sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero, o para pagar una factura que ha recibido, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros*.
- Si nos pide que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros*.

B. Su coordinador de atención

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

Servicios para los miembros también le puede informar sobre 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.
- Le ayuda a decidir quiénes integrarán su equipo de atención médica.
- Le brinda la información que necesita para administrar su atención médica.

Puede llamar a Servicios para los miembros si necesita ayuda para comunicarse con su coordinador de atención. Si desea cambiar su coordinador de atención o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con el número de teléfono que figura a continuación. También puede llamar a su coordinador de atención antes de que se comunique con usted. Llame al número que figura a continuación y pida hablar con su coordinador de atención.

LLAME AL

1-833-340-0083 Esta llamada es gratuita.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.</p>
ESCRIBA A	<p>Wellcare By Health Net In Partnership with CalViva Health Attention: Care Coordination Team PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420</p>
SITIO WEB	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), incluidos los Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los Centros de atención de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Podría obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS)
- servicios de atención de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- servicios sociales médicos
- atención médica a domicilio
- Servicios de apoyo a domicilio (In Home Supportive Services, IHSS), a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- a veces puede obtener ayuda con sus necesidades de atención médica y de la vida diaria
- Servicios de apoyo comunitarios

Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS):

Los miembros de Medi-Cal mayores de 18 años con deterioro físico, mental o social, y que puedan beneficiarse con los Servicios comunitarios para adultos (CBAS), pueden ser elegibles.

Los miembros elegibles deben cumplir con uno de los siguientes requisitos:

- Tener necesidades que sean lo suficientemente importantes como para calificar para el nivel de cuidados A de un centro de atención de enfermería (NF-A), tales como necesitar servicios de enfermería especializada, observación de enfermería especializada, administración de medicamentos, asistencia con limitaciones físicas y/o mentales, o superior.
- Tener una discapacidad cognitiva de moderada a grave, incluida la enfermedad de Alzheimer moderada a grave u otro tipo de demencia
- Tener una discapacidad del desarrollo
- Tener una discapacidad cognitiva de leve a moderada, incluida la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia y necesitar asistencia o supervisión con dos de las siguientes actividades:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Bañarse
 - Autoalimentarse
 - Ir al baño
 - Deambular
 - Administración de medicamentos
 - Higiene personal
- Tener una enfermedad mental o lesión cerebral crónica y necesitar asistencia o supervisión con dos de las siguientes actividades:
 - Bañarse
 - Vestirse
 - Autoalimentarse
 - Ir al baño
 - Deambular
 - Trasladarse
 - Administración de medicamentos, o necesitar asistencia o supervisión con una actividad de la lista anterior y una actividad de la lista siguiente:
 - Higiene personal
 - Administración del dinero
 - Acceso a recursos
 - Preparación de comidas
 - Transporte
 - Tener expectativas razonables de que los servicios preventivos mantendrán o mejorarán el nivel actual de las funciones (por ejemplo, en el caso de una lesión cerebral por un traumatismo o infección)
 - Tener una alta probabilidad de mayor deterioro y una posible institucionalización si los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) no están disponibles (por ejemplo, en el caso de tumores cerebrales o demencia relacionada con el VIH)

C. Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para solucionar su



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos.

El HICAP no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-434-0222 El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión) Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	California Department of Aging Visite https://www.aging.ca.gov/hicap/ para consultar las ubicaciones de las oficinas de cada condado
CORREO ELECTRÓNICO	Submit a Public Records Request
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Comuníquese con el HICAP para recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
 - entender sus derechos,
 - entender las opciones de su plan,
 - presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico, y
 - solucionar problemas con las facturas.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D. Línea de asesoramiento de enfermería

La Línea de Asesoramiento de Enfermería de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) es un servicio que ofrece asesoramiento telefónico gratuito y consejos de enfermería por parte de médicos clínicos capacitados que están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana, 365 días al año. La Línea de Asesoramiento de Enfermería proporciona evaluaciones en tiempo real de la atención de la salud para ayudar al miembro a determinar el nivel de atención que necesita en ese momento. Los médicos clínicos ofrecen consultas personalizadas, respuestas a preguntas de salud y apoyo para la administración de síntomas que permiten a los miembros tomar decisiones seguras y adecuadas sobre su atención y tratamiento. Los miembros pueden acceder a la Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando a Servicios para los miembros de Wellcare By Health Net In Partnership with CalViva Health al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Puede comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención de la salud.

LLAME AL	<p>1-800-893-5597 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana</p>

E. Línea para crisis de salud conductual

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) dispone de una línea para crisis de salud conductual para los miembros que necesiten este tipo de ayuda que funciona las 24 horas del día, los 7 días a la semana. En cualquier momento de la llamada, los miembros pueden solicitar hablar con un profesional clínico con licencia que pueda ayudarles a obtener los servicios que necesiten. Los miembros pueden acceder a esta línea para crisis llamando al número que figura más abajo.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

LLAME AL	<p>1-800-646-5610 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los profesionales clínicos de salud conductual con licencia están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio nacional de retransmisión). Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Los profesionales clínicos de salud conductual con licencia están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

Comuníquese con la Línea para crisis de salud conductual para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios de salud conductual y abuso de sustancias tóxicas

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le proporciona acceso a información y asesoramiento médico las 24 horas del día. Cuando llame, nuestros especialistas en salud conductual responderán sus preguntas relacionadas con el bienestar. Si tiene una necesidad urgente de salud que no es una emergencia, puede llamar a nuestra Línea para crisis de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para preguntas clínicas de salud conductual. Si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental de su condado, consulte la **Sección K** de este capítulo.

F. Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

En nuestro estado existe una organización llamada Livanta - California's Quality Improvement Organization. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Livanta - California's Quality Improvement Organization no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
-----------------	----------------



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en

Comuníquese con Livanta - California's Quality Improvement Organization para obtener ayuda con relación a:

- preguntar sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - piensa que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto
 - piensa que sus servicios de atención médica a domicilio, servicios de un centro de atención de enfermería especializada o servicios integrales de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.

G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
-----------------	---



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de atención de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más arriba y pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted.</p>

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro de salud pública que brinda servicios necesarios de atención médica a personas con bajos ingresos, incluidas familias con hijos, personas de edad avanzada, personas con discapacidad, niños y jóvenes en hogares de acogida y mujeres embarazadas. Medi-Cal se financia con fondos estatales y federales del gobierno.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

LLAME AL	1-800-430-4263 El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del 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/

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

La Oficina del Defensor funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué hacer. La Oficina del Defensor también ayuda con problemas con los servicios o la facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Esta 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



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus servicios para los cuales los Servicios sociales del condado proporcionan asistencia, según corresponda, incluyendo la elegibilidad para Medi-Cal y los beneficios de los Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS) Medi-Cal, póngase en contacto con su agencia local de Servicios sociales del condado.

Póngase en contacto con la agencia de servicios sociales del condado para solicitar los Servicios de apoyo a domicilio, que le ayudarán a pagar los servicios que le presten para que pueda permanecer seguro en su propia casa. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda con la preparación de comidas, bañarse, vestirse, lavado de ropa, las compras y el transporte.

Póngase en contacto con la agencia de servicios sociales de su condado para cualquier pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

Condado de Fresno	
LLAME AL	1-559-600-6666 Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
ESCRIBA A	DSS-IHSS P.O.Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
SITIO WEB	www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services/Adult-Services/In-Home-Supportive-Services



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Condado de Kings	
LLAME AL	1-559-852-4467 Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
ESCRIBA A	IHSS 1400 W. Lacey Blvd., Bldg #8 Handford, CA 93230
SITIO WEB	www.countyofkings.com/departments/health-welfare/human-services-agency/adult-services-in-home-supportive-services-ihss/in-home-supportive-services-ihss

Condado de Madera	
LLAME AL	1-559-662-2600 Esta llamada es gratuita. Lunes de 8 a.m. a 5 p.m.; martes de 8 a.m. a 5 p.m.; miércoles de 8 a.m. a 5 p.m.; jueves de 8 a.m. a 5 p.m.; viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Lunes de 8 a.m. a 5 p.m.; martes de 8 a.m. a 5 p.m.; miércoles de 8 a.m. a 5 p.m.; jueves de 8 a.m. a 5 p.m.; viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Condado de Madera**ESCRIBA A**

IHSS - Adult Services
1610 Sunrise Ave.
Madera, CA 93638

SITIO WEB

www.maderacounty.com/government/social-services/adult-services

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del condado

Los servicios especializados de salud conductual y los servicios por trastorno por consumo de sustancias tóxicas de Medi-Cal están disponibles para usted a través del condado si cumple con los criterios de acceso.

Condado de Fresno**LLAME AL**

1-800-654-3937 Esta llamada es gratuita.
24 horas al día, 7 días a la semana
Tenemos servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY

711 La llamada es gratuita.
Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para llamar a debe disponer de un equipo telefónico especial.
24 horas al día, 7 días a la semana

Condado de Kings**LLAME AL**

1-800-655-2553 Esta llamada es gratuita.
24 horas al día, 7 días a la semana
Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Condado de Kings**TTY**

711 La llamada es gratuita.

Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para llamar debe disponer de un equipo telefónico especial.

24 horas al día, 7 días a la semana

Condado de Madera**LLAME AL**

1-888-275-9779 Esta llamada es gratuita.

24 horas al día, 7 días a la semana

Tenemos servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY

711 La llamada es gratuita.

Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para llamar debe disponer de un equipo telefónico especial.

24 horas al día, 7 días a la semana

Comuníquese con la Agencia de Servicios de Salud Conductual del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el condado
- preguntas sobre los servicios por trastorno por consumo de sustancias tóxicas que brinda el condado
- Para obtener información gratuita y confidencial sobre salud mental, remisión a proveedores de servicios y asesoramiento en caso de crisis en cualquier día u hora, llame al número que figura más arriba correspondiente a su condado.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California se encarga de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

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

M. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web 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) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

M1. Ayuda adicional

Por ser elegible para Medi-Cal, usted reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No tiene que hacer nada para obtener esta “Ayuda adicional”.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si 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 cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

SITIO WEBwww.ssa.gov/**O. Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)**

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL

1-877-772-5772

Las llamadas a este número no son gratuitas.

Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles.

Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.

TTY

1-312-751-4701

Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar.

Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

SITIO WEBwww.rrb.gov

Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

P. Otros recursos

El Programa del defensor de Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a servicios médicos
- apelación de servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS)

El Programa del defensor de Medicare Medi-Cal ayuda con las quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del defensor es 1-855-501-3077.

Q. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal, que incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamientos de endodoncia
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineaciones

Los beneficios dentales están disponibles a través del Programa dental de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

LLAME AL	<p>1-800-322-6384</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p>Los representantes del Programa dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>smilecalifornia.org</p>

Si desea más información sobre los planes dentales, 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 CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y normas específicas que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos de nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo recibir atención por parte de distintos tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de farmacias o proveedores fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las normas para poseer equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Información sobre servicios y proveedores.....	48
B.	Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan.....	48
C.	Su coordinador de atención	50
C1.	Qué es un coordinador de atención.....	50
C2.	Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....	50
C3.	Cómo cambiar su coordinador de atención	50
D.	Atención por parte de los proveedores	51
D1.	Atención de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).....	51
D2.	Atención de especialistas y otros proveedores de la red	54
D3.	Cuando un proveedor deja de participar en el plan.....	56
D4.	Proveedores fuera de la red	57
E.	Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).....	57
F.	Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por el consumo de sustancias tóxicas).....	58
F1.	Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	59
G.	Servicios de transporte	63
G1.	Transporte médico en situaciones que no sean de emergencia	63
G2.	Transporte de carácter no médico.....	64



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

H.	Servicios cubiertos en una emergencia médica, en caso de urgencia o durante un desastre .	66
H1.	Atención en caso de emergencia médica	66
H2.	Atención de urgencia	67
H3.	Atención durante un desastre	68
I.	Qué hacer si le facturan directamente por los servicios que nuestro plan cubre.....	69
I1.	Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios	69
J.	Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	70
J1.	Definición de estudio de investigación clínica	70
J2.	Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	70
J3.	Más información sobre los estudios de investigación clínica	71
K.	Cómo están cubiertos los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	71
K1.	Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica	71
K2.	Atención de una institución sanitaria religiosa no médica	71
L.	Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	72
L1.	El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) como miembro de nuestro plan	72
L2.	Propiedad del equipo médico duradero (DME) si cambia a Original Medicare	73
L3.	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	74
L4.	Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	74



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención médica, los servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica, salud conductual y LTSS figuran en el **Capítulo 4** de su *Manual para los miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre figuran en el **Capítulo 5** de su *Manual para los miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención médica. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y determinados Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han acordado aceptar nuestros pagos como pago total. Los proveedores de la red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando utiliza a un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Generalmente, nuestro plan paga por servicios de atención médica, servicios de salud conductual y muchos Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) que recibe cuando sigue nuestras normas. Para que el plan cubra estos servicios:

- La atención que reciba debe ser **un beneficio del plan**. Esto significa que está incluido en nuestra Tabla de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria nos referimos a servicios importantes que sean razonables y protejan la vida. La atención médicamente necesaria se requiere para evitar que las personas enfermen gravemente o queden discapacitadas, y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, afecciones o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe tener a un proveedor de atención primaria (**Primary Care Provider, PCP**) de la red que ordene la atención o le indique que acuda a otro médico. Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores que no son su PCP o a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina **remisión**. Puede que no cubramos los servicios si no obtiene una aprobación.
- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le remite a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de médicos de atención primaria, especialistas y otros proveedores de atención médica que trabajan en conjunto y están contratados para trabajar con nuestro plan.
- Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o de urgencia, para acudir a un proveedor de salud de la mujer ni para ninguno de los demás servicios enumerados en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Generalmente, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no forme parte de nuestro plan de salud y del grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Estos son algunos casos en los que esta norma no aplica:
 - Cubrimos los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red (para más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Si le solicitan que consulte a un proveedor fuera de la red, se requerirá autorización previa (Prior Authorization, PA). Una vez que se haya aprobado la autorización previa, el proveedor solicitante y el proveedor aceptante recibirán una notificación de la aprobación. En este caso, cubrimos el servicio sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período de tiempo, o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe a nuestro plan por primera vez, puede solicitar seguir utilizando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para los miembros*. Si aprobamos su solicitud, podrá seguir utilizando los proveedores que utiliza ahora durante un máximo de 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarle a encontrar proveedores de nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Después de 12 meses, ya no cubrimos su atención si sigue utilizando proveedores que no están en nuestra red y no estén afiliados al grupo médico de su PCP.

Nuevos miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos se le inscribirá en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para nuestros beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicite la inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Puede seguir recibiendo sus servicios Medi-Cal de su plan de salud Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de ese período, recibirá sus servicios Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá período sin cobertura Medi-Cal. Comuníquese al 1-833-236-2366 y (TTY711) si tiene alguna pregunta. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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

Un coordinador de atención es una 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. 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. Puede ayudarle a decidir quiénes integrarán su equipo de atención. Su coordinador de atención le da la información que necesita para gestionar su atención médica. Esto también le ayudará a tomar las decisiones más adecuadas para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Servicios para los miembros puede ayudarle a comunicarse con un coordinador de atención. Un coordinador de atención está disponible para ayudarle con sus necesidades de atención médica. Nuestro equipo de coordinación de atención puede llamarle para preguntarle si desea hablar con un administrador de atención.

C3. Cómo cambiar su coordinador de atención

Si desea cambiar de coordinador de atención, comuníquese con Servicios para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D. Atención por parte de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y administre su atención médica. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige a su PCP, también está eligiendo a un grupo médico afiliado.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir a su PCP entre los proveedores de la red de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Su PCP es un médico que cumple los requisitos del estado y está capacitado para prestarle atención médica básica. Entre ellos se incluyen médicos que prestan atención médica general y/o familiar, médicos internistas y ginecólogos-obstetras (OB/GYN) que atienden a mujeres.

Su médico de atención primaria le prestará la mayor parte de la atención básica o de rutina. Su médico de atención primaria le ayudará a gestionar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- sus radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- la atención de médicos especialistas,
- admisiones a un hospital y
- atención de seguimiento.

La "coordinación" de sus servicios cubiertos incluye la comprobación o consulta con otros proveedores del plan sobre su atención y su evolución. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su médico de atención primaria (por ejemplo, que le dé una remisión para ver a un especialista). Para determinados servicios, su médico de atención primaria deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su médico de atención primaria solicitará la autorización a nuestro plan o a su grupo médico. Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus historiales médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Como hemos explicado anteriormente, normalmente acudirá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades rutinarias de atención médica. Cuando su médico de atención primaria considere que necesita un tratamiento especializado, tendrá que darle una remisión (aprobación previa) para que acuda



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

a un especialista del plan o a otros proveedores determinados. Sólo hay unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede recibir sin obtener primero la aprobación de su PCP, como explicamos a continuación.

Cada miembro tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Un PCP puede ser incluso una clínica. Las mujeres pueden elegir como PCP a un ginecólogo/obstetra de la red o a una clínica de planificación familiar. Puede elegir como PCP a un profesional que no sea médico. Entre los profesionales no médicos se incluyen: las enfermeras parteras certificadas, los enfermeros con práctica médica certificados y los asistentes médicos. Usted estará vinculado al PCP a cargo de la supervisión, pero seguirá recibiendo servicios del profesional no médico que haya elegido. Se le permite cambiar de profesional si cambia de PCP a cargo de la supervisión. Su tarjeta de identificación llevará impreso el nombre del PCP a cargo de la supervisión. Es posible que un especialista actúe como su PCP. Los especialistas deben estar dispuestos y ser capaces de proporcionarle la atención que necesita.

Cómo elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC) como su PCP

Un FQHC o una RHC es una clínica que puede actuar como su PCP. Los FQHC y las RHC son centros de salud que prestan servicios de atención primaria. Llame a Servicios para los miembros para obtener los nombres y las direcciones de los FQHC y las RHC que trabajan con Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) o consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*.

Su elección de PCP

Cuando se inscriba en nuestro plan, elegirá un grupo médico contratante de nuestra red. Un grupo médico es un grupo de médicos de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos y se los contrata para que trabajen con nuestro plan. Además, usted elegirá a un PCP de este grupo médico contratante. Debería resultarle fácil acceder al consultorio de su médico de atención primaria. Puede pedir un PCP en un radio de 10 millas o 30 minutos de su domicilio particular o lugar de trabajo. Puede encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales afiliados) en el *Directorio de proveedores y de farmacias* o en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectorios.com.

Para confirmar la disponibilidad de un proveedor, o para preguntar sobre un PCP específico, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 PCP hace remisiones a ciertos especialistas del plan y usa ciertos hospitales dentro de su red. Si usted quiere usar un especialista u hospital del plan en particular, compruebe primero para



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

asegurarse de que los especialistas y hospitales estén en el grupo médico y en la red del PCP. El nombre y número telefónico del consultorio de su PCP figuran en su tarjeta de miembro.

Si usted no elige un grupo médico o PCP o si elige un grupo médico o PCP que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos un grupo médico y un PCP cercano a su hogar.

Para obtener información sobre cómo cambiar de PCP, consulte “Opción para cambiar de PCP” más abajo.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP dentro de la red.

Su solicitud entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que nuestro plan reciba su solicitud. Para cambiar de proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), llame al teléfono de Servicios para los miembros que figura al final de la página.

Cuando se ponga en contacto con nosotros, recuerde indicarnos si se atiende con especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP, por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Cuando cambie de PCP, Servicios para los miembros le informará cómo puede seguir recibiendo atención de especialistas y otros servicios. También verificará si el PCP al que desea cambiar acepta pacientes nuevos. Servicios para los miembros cambiará su registro de miembro para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y le indicará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP.

También le enviarán una nueva tarjeta de miembro en la que aparecerá 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 un cambio, informe a Servicios para los miembros si recurre a un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben contar con la aprobación del PCP. Servicios para los miembros le ayuda a continuar con su atención especializada y otros servicios cuando cambia de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP

su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Usted puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación de su PCP



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

su PCP primero:

- servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- atención de urgencia de proveedores de la red
- atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan)

Nota: La atención de urgencia debe ser necesaria inmediatamente y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas antigripales y COVID-19 así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de atención médica de rutina de la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es miembro indio estadounidense, puede obtener servicios cubiertos prestados por un Proveedor de atención médica para la población india estadounidense de su elección sin el requisito de una remisión de un PCP de la red ni una autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con problemas cardíacos.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Para que usted pueda consultar a un especialista, generalmente necesita obtener primero la aprobación por escrito de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), (esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista). Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros determinados proveedores (hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina de la mujer). Si no tiene una remisión



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

(aprobación por adelantado) por escrito antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que vuelva para recibir más atención, compruebe primero que la remisión (aprobación por adelantado) por escrito que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubre más visitas al especialista.

Cada grupo médico y PCP realizan remisiones a determinados especialistas del plan y utilizan determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si desea acudir a determinados especialistas u hospitales, averigüe si su grupo médico o su PCP utilizan estos especialistas u hospitales. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan o acudir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirle. En este capítulo, en "Opción de cambiar de PCP", le explicamos cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán la aprobación por adelantado por escrito de nuestro plan o de su grupo médico (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La autorización previa es un proceso de aprobación que tiene lugar antes de que usted obtenga determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará la autorización previa a nuestro plan o a su grupo médico. La solicitud será revisada y una decisión (determinación de la organización) se le enviará a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto para conocer los servicios específicos que requieren autorización previa.

Una remisión por escrito puede proporcionarse para una sola consulta o puede ser una remisión permanente para más de una consulta si necesita servicios continuos. Debemos darle una remisión permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad mental o física que ponga en riesgo su vida;
- una enfermedad degenerativa o una discapacidad;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir el tratamiento de un especialista.

Si no obtiene una remisión por escrito cuando la necesite, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al número que figura al final de esta página.

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



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad mental o física que ponga en riesgo su vida;
- una enfermedad degenerativa o una discapacidad;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir el tratamiento de un especialista.

Si no obtiene nuestra autorización de servicio cuando sea necesario, es posible que no le paguemos la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al número de teléfono que figura al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor deja de participar en el plan

Un proveedor de la red que usted utiliza puede dejar de participar en el plan. Si uno de sus proveedores deja de participar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en el transcurso de los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está designado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado en el transcurso de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y que esté disponible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

necesidades médicas. Debe obtener la aprobación por escrito por adelantado o no se pagará la factura.

- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención no está siendo bien administrada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

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

D4. Proveedores fuera de la red

Puede acudir a un proveedor fuera de la red sin una remisión ni autorización previa para recibir servicios de emergencia o de urgencia. Los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan también están cubiertos sin autorización previa.

- De lo contrario, si utiliza un proveedor fuera de la red, deberá obtener una aprobación previa por escrito. No podemos pagar por un proveedor fuera de la red que no haya sido aprobado para prestarle servicios.
- Si decide utilizar un proveedor que no estaba aprobado, deberá pagar por el costo total de los servicios que reciba.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)

Los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) pueden ayudarlo a quedarse en su hogar y evitar una estadía en un hospital o centro de atención de enfermería



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

especializada. Usted tiene acceso a determinados Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) a través de nuestro plan, incluidos centros de atención de enfermería especializada (SNF), Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y Apoyos comunitarios. Otro tipo de Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), el programa de Servicios de apoyo a domicilio (In Home Supportive Services), está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

El miembro debe cumplir los criterios clínicos especificados para una (1) o más de las siguientes categorías para tener acceso a los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS):

1. Miembros que cumplen los requisitos del nivel de atención de Centro de enfermería A (NF-A) o superior, y los criterios de elegibilidad y necesidad médica.
2. Personas que tengan una lesión cerebral orgánica, adquirida o traumática y/o una enfermedad mental crónica, y demuestren una necesidad de asistencia o supervisión de ciertas actividades de la vida diaria o ciertas actividades instrumentales de la vida diaria.
3. Miembros con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave u otro tipo de demencia caracterizada por las etapas 5, 6 o 7.
4. Miembros con deterioro cognitivo leve, incluida la enfermedad de Alzheimer moderada u otro tipo de demencia, caracterizada por los descriptores de la etapa 4 de la enfermedad de Alzheimer.
5. Personas con discapacidades del desarrollo que cumplen los criterios y la elegibilidad del Centro Regional.

Para obtener más información sobre cómo obtener Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura al final de la página. Consulte el **Capítulo 4, Sección F4** para obtener más información sobre el programa de Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS).

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por el consumo de sustancias tóxicas)

Usted tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Ofrecemos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para el trastorno por el consumo de sustancias tóxicas del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de su agencia local de salud conductual del condado.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por las agencias enumeradas en la tabla que figura a continuación incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo farmacológico
- tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- intervención en crisis
- estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial de crisis
- servicios de centros psiquiátricos
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- administración de casos personalizados
- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en crisis
- servicios terapéuticos conductuales
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos basados en el hogar

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) están a su disposición a través de proveedores de pago por servicio (Fee for Service, FFS) de Medi-Cal si usted cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de Medi-Cal para medicamentos son proporcionados por:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Condado	Agencia
Fresno	Departamento de Salud Conductual del condado de Fresno
Kings	Departamento de Salud Conductual, Trastornos por el Consumo de Sustancias Tóxicas, del condado de Kings
Madera	Servicios por consumo de alcohol y drogas del condado de Madera (Madera County Alcohol and Drug Services)

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos
- tratamiento residencial perinatal de los trastornos por consumo de sustancias tóxicas
- servicios de tratamiento para pacientes externos
- programa de tratamiento por narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también denominado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en crisis

Los Servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services) incluyen:

- servicios para pacientes externos
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también denominado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento por narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en crisis
- servicios de administración de contingencias

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación para pacientes internados voluntariamente si cumple con los criterios.

También tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios cubiertos por Medicare y administrados a través de los servicios de salud conductual de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) que incluyen, entre otros:

- Servicios para pacientes externos: Intervención en crisis para pacientes externos, evaluación y terapia a corto plazo, terapia especializada a largo plazo y cualquier atención de rehabilitación que esté relacionada con el trastorno por el consumo de sustancias tóxicas.
- Servicios y suministros para pacientes internados: Alojamiento en una habitación de dos o más camas, incluidas unidades especiales de tratamiento, suministros y servicios auxiliares prestados normalmente por el centro.
- Atención a pacientes internados y niveles de atención alternativos: Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos en un centro certificado por Medicare.
- Desintoxicación: Servicios para pacientes internados para la desintoxicación aguda y el tratamiento de afecciones médicas agudas relacionadas con el trastorno por el consumo de sustancias tóxicas.
- Servicios de emergencia: Pruebas de detección, examen y evaluación para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica.

Para obtener información sobre los proveedores, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*. También puede comunicarse a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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.2025wellcaredirectories.com.

Exclusiones y limitaciones de los servicios de salud conductual

Para obtener una lista de exclusiones y limitaciones de los servicios de salud conductual, consulte los beneficios *no* cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal en el **Capítulo 4, Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Proceso utilizado para determinar la necesidad médica de los servicios de salud conductual

El plan debe autorizar ciertos servicios y suministros de salud conductual para que estén cubiertos. Para obtener información detallada sobre los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el **Capítulo 4, Sección D**. Para obtener autorización previa para estos servicios, debe llamar a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 necesita más tratamiento. Si necesita tratamiento, el profesional de la salud mental contratado creará un plan de tratamiento y lo enviará a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para su revisión. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos cuando los autorice el plan. Si el plan no aprueba el plan de tratamiento, no se cubrirán más servicios o suministros para esa afección. No obstante, el plan puede remitirle al departamento de salud mental del condado para ayudarle a obtener la atención que necesita.

Procedimientos de remisión entre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) y el Departamento de Salud Conductual de Fresno, de Salud Conductual del condado de Kings y el Departamento de Servicios de Salud Conductual de Madera:

Las remisiones por servicios de salud conductual pueden provenir de muchas fuentes, entre ellas: proveedores de salud conductual del condado, administradores de casos del condado, médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), miembros y sus familias. Estas fuentes de remisión pueden comunicarse con nosotros llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro o al final de esta página. Confirmaremos la elegibilidad y autorizaremos los servicios cuando corresponda.

Trabajaremos con el condado para proporcionarle la remisión y la coordinación de la atención adecuadas.

Las remisiones para los Servicios especializados de salud mental y/o por consumo de alcohol y drogas del condado pueden ser hechas directamente por usted.

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

Qué hacer si tiene un problema o una queja sobre un servicio de salud conductual

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el **Capítulo 9, Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Continuidad de la atención para los miembros que reciben actualmente servicios de salud conductual

Si actualmente está recibiendo servicios de salud conductual, puede solicitar seguir viendo a su proveedor. Estamos obligados a aprobar esta solicitud si puede demostrar una relación existente con su proveedor en los 12 meses anteriores a la inscripción. Si se aprueba su solicitud, puede seguir viendo al proveedor que ve ahora durante un plazo de hasta 12 meses. Después de los primeros 12 meses, es posible que dejemos de cubrir su atención si sigue acudiendo al proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda con su solicitud, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico en situaciones que no sean de emergencia

Usted tiene derecho al transporte médico que no es de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un automóvil, un autobús o un taxi para acudir a sus citas. El transporte médico que no es de emergencia se puede proporcionar para servicios cubiertos como citas médicas, dentales, de salud mental, por consumo de sustancias y de farmacias. Si usted necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su PCP y solicitarlo. Su PCP decidirá cuál es el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, él se lo recetará completando un formulario y presentándolo ante Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para su aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación tiene validez durante un año. Su PCP volverá a evaluar su necesidad de transporte médico que no es de emergencia para una nueva aprobación cada 12 meses.

Transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, furgoneta para traslado en camilla, furgoneta para traslado en silla de ruedas o transporte aéreo. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) permite el medio de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no es de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando usted necesite un traslado para acudir a su cita. Por ejemplo, si físicamente o médicamente puede ser transportado en una furgoneta para traslado en silla de ruedas, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho al transporte aéreo si, debido a su afección, es imposible utilizar algún medio de transporte terrestre.

El transporte médico que no es de emergencia se debe usar cuando:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Usted lo necesita desde el punto de vista físico o médico, según lo determine una autorización por escrito de su PCP porque no puede utilizar un autobús, un taxi, un automóvil o una furgoneta para acudir a su cita.
- Necesita la ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para **citas de rutina** que no sean urgentes, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711) con una anticipación de, al menos, 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Límites para el transporte médico

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga 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 cubre el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le ayudará a programar su transporte. Una lista de los servicios cubiertos se incluye en el **Capítulo 4** de este manual. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), a menos que sea preautorizado.

G2. Transporte de carácter no médico

Los beneficios del transporte de carácter no médico incluyen los viajes para ir y volver de sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo alguno para usted, cuando usted está:

- Trasladándose para ir y volver de una cita para un servicio autorizado por su proveedor o
- Recogiendo sus medicamentos con receta y suministros médicos.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le permite utilizar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público/privado para llegar a su cita de carácter no médico para los servicios autorizados por su proveedor. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) utiliza a Access2Care para coordinar el transporte de carácter no médico cubierto por Medicare y a ModivCare para el transporte de carácter no médico cubierto por Medi-Cal. Cubrimos el tipo de transporte de carácter no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A veces, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted mismo coordine. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) debe aprobar esto **antes** de que usted realice el viaje, y usted debe informarnos por qué no puede conseguir transporte de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos al respecto llamándonos por teléfono, enviándonos un correo electrónico o en persona. **No puede obtener un reembolso por conducir usted mismo.**

Para obtener un reembolso del millaje se requiere todo lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro del vehículo del conductor.
- Comprobante del seguro de automóvil del conductor.

Para solicitar un viaje para obtener servicios que han sido autorizados, llame a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711) al menos 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame tan pronto como sea posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los miembros que son indios estadounidenses pueden comunicarse con su clínica local de salud para la población india estadounidense a fin de solicitar transporte de carácter no médico.

Límites del transporte de carácter no médico

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) proporciona el transporte de carácter no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su domicilio hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni obtener un reembolso directamente.**

El transporte de carácter no médico **no** se aplica si:

- Se necesita una ambulancia, una furgoneta para traslado en camilla, una furgoneta para traslado en silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para acceder a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor para ir y volver de la residencia, el vehículo o el lugar de tratamiento debido a su estado físico o a una afección médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede subir ni bajar del vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, en caso de urgencia o durante un desastre

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina piensa que podría causar:

- riesgo grave para su salud o la del feto; ○
- daño grave a las funciones corporales; ○
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en peligro su salud, su seguridad o la del feto.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. **No** es necesario que obtenga la aprobación o una remisión de su PCP. No necesita usar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con licencia estatal apropiada.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*.

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio está limitado a \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte la sección “Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo” de la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** de este folleto o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica. Continuarán tratándolo y se pondrán en contacto con nosotros para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

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

Si solicitó atención de emergencia y no era una emergencia

A veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Puede ocurrir que acuda a recibir atención de emergencia y el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- Acude a un proveedor de la red o
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención de urgencia

Atención de urgencia es la atención que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una afección existente, o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo si:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red y
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o no es razonable acceder a un proveedor de la red, dados sus tiempos, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

En situaciones de emergencia graves: llame al “911” o diríjase al hospital más cercano.

Si su situación no es tan grave: llame a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o grupo médico o, si no puede llamarles o necesita atención médica de inmediato, diríjase al centro médico, centro de atención de urgencia u hospital más cercano.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si no sabe con certeza si se trata de una emergencia o necesita atención de urgencia, nuestra Línea de asesoramiento de enfermería está a su disposición en todo momento, de día o de noche. Puede comunicarse con nuestra Línea de asesoramiento de enfermería llamando al 1-800-893-5597 (TTY: 711), que está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede comunicarse con Servicios para los miembros llamando al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación o al final de esta página si necesita ayuda para encontrar un proveedor. Servicios para los miembros también puede transferirle a la Línea de asesoramiento de enfermería.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, posiblemente no podrá recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre atención de urgencia ni ninguna otra atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Los servicios *de urgencia* recibidos fuera de los Estados Unidos pueden considerarse una emergencia en virtud del beneficio de cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo. Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia” en la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** de este folleto.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Secretary of Health and Human Services) o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

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

Durante un desastre declarado, si no puede utilizar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5, Sección A8** de su *Manual para los miembros* para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

I. Qué hacer si le facturan directamente por los servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura a usted en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle.

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros* para saber lo que debe hacer.

I1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que estén incluidos en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*), **y**
- que usted reciba siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted paga el costo total**, a menos que estén cubiertos por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos alguna atención o servicio médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si le comunicamos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* explica qué debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un límite determinado. Si usted supera el límite, pagará el costo total para obtener más de este tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos para los beneficios. Llame a Servicios para los miembros para averiguar cuáles son los límites para los beneficios y qué cantidad de sus beneficios ha utilizado.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado un ensayo clínico) es una manera que tienen los médicos de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Por lo general, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare solicita voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si reúne los requisitos para participar. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Usted debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriendo sus servicios y su atención no relacionados con el estudio.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que el plan o su proveedor de atención primaria lo apruebe, ni tampoco que usted nos avise. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio pertenezcan a la red de proveedores. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (National Coverage Determinations, NCD) que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (Coverage with Evidence Development, CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas, le recomendamos que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios para los miembros para informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

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

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no paga nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare paga los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

clínica aprobado por Medicare, se cubrirá la mayor parte de los servicios y artículos que usted reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de todos los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo están cubiertos los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

K1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un lugar que provee atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

K2. Atención de una institución sanitaria religiosa no médica

Para recibir atención en una institución sanitaria religiosa no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención **voluntaria y que no sea obligatoria** según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención **no voluntaria y que sea obligatoria** según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía **no** estará cubierta.

Existe cobertura sin límite para la atención hospitalaria para pacientes internados siempre que cumpla los requisitos arriba indicados.

L. Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

L1. El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) como miembro de nuestro plan

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

Algunos artículos, como las prótesis, son siempre de su propiedad.

En esta sección hablaremos del equipo médico duradero que usted alquila. En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, usted puede ser propietario del DME si es médicamente necesario y tiene una necesidad de largo plazo del artículo. Además, el artículo debe ser autorizado, acordado y coordinado por su PCP, grupo médico y/o Wellcare CalViva Health Dual Align



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

(HMO D-SNP). Llame a nuestro Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711) para averiguar los requisitos de alquiler o propiedad del equipo médico duradero y la documentación que necesita presentar. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, también ciertos tipos de DME serán de su propiedad después de recibir nuestra cobertura por una cantidad específica de meses.

Si usted adquiere la propiedad de un artículo de DME mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo requiere mantenimiento, al proveedor se le permite facturar al plan el costo de la reparación.

También existen ciertos tipos de DME sobre los cuales usted no adquirirá propiedad. Llame a Servicios para los miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

Aunque haya tenido un equipo médico duradero durante un plazo de hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de unirse a nuestro plan, el equipo **no** le pertenecerá.

L2. Propiedad del equipo médico duradero (DME) si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero son propietarias del mismo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que los usuarios deben alquilar determinados tipos de equipos médicos duraderos antes de ser propietarios de ellos.

Nota: Encontrará las definiciones de Original Medicare y de los planes MA en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025). Si no tiene un ejemplar de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no elige Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos en Original Medicare, o tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA, para ser propietario del artículo de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) si:

- no pasó a ser propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- usted deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si realizó pagos por el artículo de DME en Original Medicare o en un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos en Original Medicare o una cantidad de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan MA para poseer el artículo de DME.
- No hay excepciones cuando vuelve a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si usted deja nuestro plan.

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses
- equipo y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si son médicamente necesarios

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- A continuación, su proveedor le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Cada 5 años, se inicia un nuevo ciclo mientras el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le brinda información sobre los servicios que cubre nuestro plan y sobre las restricciones o los límites a esos servicios. También le brinda información sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Miembros nuevos de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, estará inscrito en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para inscribirse en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de este período, usted recibirá los servicios de Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá periodo sin cobertura de Medi-Cal. Llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Índice

A.	Los servicios cubiertos	78
A1.	Durante emergencias de salud pública	78
B.	Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores	78
C.	Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	79
D.	Tabla de beneficios de nuestro plan	81
E.	Apoyos comunitarios	149
F.	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	156
F1.	Transiciones comunitarias (Community Transitions, CCT) de California	157
F2.	Medi-Cal Dental	157
F3.	Atención en un hospicio	158
F4.	Servicios de apoyo a domicilio (In Home Supportive Services, IHSS)	159
F5.	1915(c) Programas de Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)	160



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

F6. Servicios de salud conductual del condado prestados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas)	163
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal.....	165



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Los servicios cubiertos

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

Dado que usted recibe asistencia de Medi-Cal, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3, Sección B** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, comuníquese con su coordinador de atención y/o Servicio para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) seguirá todas y cada una de las directrices estatales y/o federales relacionadas con una emergencia de salud pública (Public Health Emergency, PHE). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria a nuestros miembros. La cobertura puede variar en función de los servicios recibidos y de la duración de la PHE. Consulte nuestra página web para obtener más información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una PHE en www.wellcare.com/healthnetCA o llame a Servicios para los miembros. Puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen los servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así aunque paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros* o llame al Servicio para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos por orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios que figuran en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. No paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla los requisitos descritos a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias tóxicas, los servicios y apoyos de atención a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted ingrese en un hospital o en un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados. “Un servicio es médicamente necesario” cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad importante o una discapacidad significativa, o aliviar un dolor intenso.
- En el caso de los nuevos afiliados, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA podría no requerir una autorización previa para cualquier tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su 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 recibida de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. **Capítulo 3, Sección D** de su *Manual para los miembros* contiene más información sobre cómo usar proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un equipo de atención médica que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes de que usted pueda utilizar un proveedor que no es su PCP u otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión. El **Capítulo 3, Sección D** de su *Manual para los miembros* contiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo **no** es necesaria.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Cubrimos algunos servicios de la Tabla de beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se conoce como autorización previa (Prior Authorization, PA). En la Tabla de beneficios, marcamos en cursiva los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea razonable y necesario desde el punto de vista médico para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 6 meses de supuesta elegibilidad continua, continuarán sus beneficios de Medicare en este plan. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no los de Medi-Cal.

Información importante sobre los beneficios para los miembros que reúnen los requisitos para recibir “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
- Consulte la Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4, Sección D** para obtener más detalles.
- Los miembros reúnen los requisitos para la eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Consulte el **Capítulo 6** para obtener más detalles.

Medicare aprobó a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para proporcionar estos beneficios como parte del programa de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). 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.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes externos en cualquier mes calendario, o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si padece dolor crónico en la parte baja de la espalda, lo que se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 semanas de duración o más; • no específico (que no tenga una causa sistémica identificable, es decir, que no esté relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. <p>Además, si usted muestra mejoría, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año para el dolor crónico en la parte baja de la espalda.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (Screening, Brief Interventions and Referral to Treatment, SBIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los terrestres y los aéreos (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>El examen físico anual incluye la exploración de los sistemas cardíaco, pulmonar, abdominal y neurológico, así como un examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y un historial médico/familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta anual de bienestar.</p>	\$0
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Lo pagamos una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede ocurrir en los 12 meses siguientes a su consulta de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya hecho una consulta de Bienvenido a Medicare para tener acceso a consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	\$0
<p>Servicios preventivos relacionados con el asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno en el hogar para identificar los elementos que desencadenan el asma y que comúnmente se encuentran en los hogares de personas con asma mal controlada.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos determinados procedimientos a los miembros que cumplen con los requisitos (por lo general, se trata de personas que están en riesgo de pérdida de la masa ósea o en riesgo de padecer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o, con más frecuencia si es médicamente necesario. También le pagamos a un médico para que lea e interprete los resultados.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir determinadas condiciones y tener una remisión del médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagamos una consulta por año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la consulta, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de aspirina, • medir su presión arterial, y/o • brindarle consejos para asegurarse de que usted está comiendo bien. 	\$0
 <p>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos causados por el riesgo elevado de padecer enfermedades cardíacas.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (uman papillomavirus, HPV) o prueba de Papanicolaou más HPV una vez cada 5 años 	\$0
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <p>La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario de detección previos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p>CBAS es un programa de salud diurno basado en la comunidad que proporciona servicios a adultos mayores y adultos con afecciones médicas, cognitivas o conductuales crónicas y/o discapacidades por las cuales podrían correr el riesgo de necesitar atención institucional.</p> <p>El Programa CBAS es una alternativa a la atención institucional para los beneficiarios de Medi-Cal que pueden vivir en su hogar con la ayuda de servicios adecuados de salud, de rehabilitación, de cuidado personal y sociales. El Programa CBAS hace hincapié en la colaboración con el participante, la familia y/o el cuidador, el médico de atención primaria y la comunidad para colaborar con el mantenimiento de la independencia personal.</p> <p>Los servicios prestados en el centro incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales de enfermería • Terapias física, ocupacional y del habla • Servicios de salud mental • Actividades terapéuticas • Servicios sociales • Cuidado personal • Comidas calientes y asesoramiento en materia de nutrición • Transporte de ida y vuelta al domicilio del participante <p>Nota: Si no hay un centro de CBAS disponible, podemos prestar estos servicios por separado.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Como miembro de Medi-Cal, usted tiene a su disposición muchos servicios dentales estándar a través del Programa Dental de Medi-Cal; estos incluyen, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes dentales (cada 12 meses) • Limpieza dental (cada 12 meses) • Raspado y alisado radicular • Barniz de fluoruro (cada 12 meses) • Radiografías • Empastes • Coronas (las coronas en molares o premolares (dientes posteriores) pueden estar cubiertas en algunos casos) • Endodoncias • Dentaduras postizas parciales y completas • Rebasado de ajuste (reline) de dentadura postiza • Extracción de dientes • Servicios de emergencia <p>Puede encontrar detalles sobre los 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 del Programa dental de pago por servicio (Dental Fee-for-Service) y del Programa de Atención dental administrada (Dental Managed Care, DMC) de Medi-Cal. Los representantes del Programa dental de pago por servicio de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2922. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Además de sus beneficios dentales de Medi-Cal, nuestro plan Wellcare Dual Align cubre servicios y procedimientos dentales adicionales. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas de metales nobles una vez por diente cada 5 años calendario • Prostodoncia (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 encontrará información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, las exclusiones y las limitaciones.</p> <p>Visite www.wellcare.com/healthnetCA, haga clic en Shop for Plans (Buscar planes) en la parte superior de la página web, luego seleccione Plan Benefit Materials (Documentación de los beneficios del plan). Seleccione <i>Evidence of Coverage (EOC)</i> (<i>Evidencia de cobertura, EOC</i>). Busque Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) en la lista para encontrar los Detalles de los beneficios dentales de este plan.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Pagamos por esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si 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 • historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede reunir los requisitos para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios a todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ glucómetro ○ tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave, pagamos por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos a medida (se incluyen las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ○ ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste y tres pares de plantillas cada año (no se incluyen las plantillas extraíbles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos) • En algunos casos, pagamos por la capacitación para ayudarle con el manejo de la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros. <p>Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Otras marcas no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias y estén autorizadas previamente.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doula</p> <p>A las embarazadas les pagamos nueve consultas con una doula durante los períodos prenatal y de posparto, así como el apoyo durante el parto.</p>	\$0
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de su <i>Manual para los miembros</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero” (Durable Medical Equipment, DME).</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas, incluidas las eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • colchoneta de aire antiescaras para colchón • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para utilizar en el hogar • bombas de infusión intravenosa y pie de suero • dispositivos para la generación del habla • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón cuádruple o estándar de mango curvo y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted.</p> <p>Comuníquese con Servicios para los miembros y le asistirán para ubicar otro proveedor que pueda suministrarle el artículo específico. También se cubre equipo médico duradero no cubierto por Medicare para uso fuera del domicilio.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento normal de salud y medicina podría esperar que provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • un daño grave a las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <p style="text-align: center;">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 atención hospitalaria después de que se establezca su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención como paciente internado</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su feto. <p>Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p> <p>Se define como atención de urgencia, de emergencia y posterior a la estabilización recibida fuera de Estados Unidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se limita únicamente a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia, de urgencia o posteriores a la estabilización si se hubieran prestado en Estados Unidos. • Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. • No están cubiertos los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos por conversión de moneda o los cargos por transacción). <p>Existe un límite anual de \$50,000 para la cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p> <p>Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana.</p>	<p>solamente si nuestro plan aprueba su estadía. \$110</p> <p>El costo compartido de la consulta por servicios en la sala de emergencias/de urgencia en todo el mundo no se elimina si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor –ya sea un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red– para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • análisis de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar • métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos anticonceptivos (IUC/IUD), píldoras anticonceptivas, implantes, inyecciones, parches o anillos anticonceptivos) • suministros para planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, film, diafragma) • servicios de fertilidad limitados, como asesoramiento y educación sobre técnicas de observación de la fertilidad y/o asesoramiento sobre salud pregestacional, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STI) • asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (usted debe tener 21 años de edad o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días antes de la fecha de la cirugía, pero no más de 180 días antes de esa fecha). • asesoramiento genético <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, usted debe usar un proveedor de la red para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de afecciones que causan infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas 	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en determinadas afecciones de salud. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación sobre la salud (cardíaca, asma, diabetes), • Clases de educación sobre nutrición, • Dejar de fumar y consumir tabaco, y • Línea de ayuda de enfermería • Beneficio de acondicionamiento físico <p>Nuestro plan proporciona membresía en un programa de acondicionamiento físico flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios más grandes o estudios de acondicionamiento físico locales.</p> <p>Cada mes dispondrá de 32 créditos para utilizar. Los créditos pueden usarse para cubrir la membresía mensual de un gimnasio con acceso ilimitado y/o a clases de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico para 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 sobre la membresía en el gimnasio, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios auditivos</p> <p>Pagamos los exámenes auditivos y de equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención para pacientes externos cuando son realizados por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También pagamos audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un conjunto inicial de baterías • seis consultas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que usted obtenga el audífono • alquiler de audífonos durante un período de prueba • dispositivos de asistencia para la audición, dispositivos auditivos de conducción ósea de uso externo <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen auditivo de rutina cada año. • 1 evaluación y adaptación de audífonos cada año. • 1 audífono no implantable hasta \$350 por oído cada año. Se limita a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía de 3 años, que cubre pérdida, daño, y un suministro de baterías para 2 años. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de VIH</p> <p>Pagamos por una prueba de detección de VIH cada 12 meses a las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección de VIH, o • corren un mayor riesgo de infección por VIH. <p>En el caso de las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante un embarazo.</p> <p>También pagamos las pruebas de detección de VIH adicionales que recomiende su proveedor.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que usted necesita dichos servicios y una agencia de atención médica a domicilio se los debe proporcionar. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga el tratamiento de infusión en el hogar, definido como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican bajo la piel y se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención; • capacitación y educación de los miembros no incluidas en el beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME); • supervisión remota; y • servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención a través de algún programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio del plan. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el tratamiento de los síntomas y del dolor • atención de alivio a corto plazo • atención a domicilio <p>Los servicios en un hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3 de su <i>Manual para los miembros</i>. <p>Nota: Si padece una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir atención paliativa, que proporciona una atención centrada en el paciente y su familia, basada en el trabajo en equipo, para mejorar su calidad de vida. Puede recibir la atención paliativa al mismo tiempo que la atención curativa/habitual. Para obtener más información, consulte la sección Atención paliativa.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para los miembros para coordinar los servicios. La atención médica que no sea en un hospicio es atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Inmunizaciones</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • vacuna contra el virus del papiloma humano (Human Papillomavirus, HPV) • otras vacunas si su salud está en peligro y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección D de su <i>Manual para los miembros</i> para obtener más información.</p>	\$0
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería permanente • costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios • medicamentos • análisis de laboratorio <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías y otros servicios radiológicos • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de sala de operaciones y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tasa de Medicare, puede recibir los servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, se incluye almacenamiento y administración • servicios de médicos <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Nota: Para ser paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted necesita servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. De allí en adelante, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos para pacientes internados que sean médicamente necesarios. La autorización para la atención después de los 190 días se coordina con la agencia local 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 una unidad psiquiátrica de un hospital general • Si usted tiene 65 años de edad o más, pagamos los servicios que recibe en un Instituto para Enfermedades Mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>No pagamos por su hospitalización si ha utilizado todo su beneficio de hospitalización o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en determinadas situaciones en las que la atención para pacientes internados no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté ingresado en un hospital o centro de atención de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos • análisis de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • radiografías, tratamiento con radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • vendajes quirúrgicos • entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • dispositivos protésicos y ortésicos, salvo los dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Se trata de dispositivos que sustituyen total o parcialmente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona. • soportes para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en su afección • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.



Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe padecer una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, Sección D4 de su <i>Manual para los miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o esté fuera del alcance. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial • Capacitación para autodiálisis, incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio, como visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" en esta tabla.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga por las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga por otra prueba de detección cada año con una solicitud por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
 <p>Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio está destinado a las personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando le remita su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año siguiente. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios en la dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se aplican mediante una inyección o infusión cuando recibe servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • el medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento • algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por boca, si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que surjan nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la ESRD de la Parte B lo cubre • medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv, y el medicamento oral Sensipar • determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras determinadas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa®, Mircera®, o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta) • inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • nutrición enteral y parenteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>escalonado: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5, Sección A de su <i>Manual para los miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta.</p> <p>El Capítulo 6, Sección C2 de su <i>Manual para los miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que proporciona atención a las personas que no pueden recibirla en su casa, pero que no necesitan estar ingresadas en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería • radiografías y otros servicios radiológicos prestados habitualmente por los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente suministrados por los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes auditivos • atención quiropráctica • servicios de podiatría <p>Por lo general, la atención se presta en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de atención de un centro de enfermería). <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De ese modo, podrá ser administrado con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, gestión y administración de estos medicamentos • asesoramiento sobre trastorno por el consumo de sustancias tóxicas • terapia individual y grupal • análisis para detectar drogas o sustancias químicas en su organismo (análisis toxicológico) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Pagamos los servicios siguientes y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros de los técnicos • suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluidos almacenamiento y administración • otros análisis de diagnóstico para pacientes externos (incluye pruebas complejas como una tomografía computarizada (CT), imagen por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Pagamos por los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ingresar en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo “paciente externo”. ○ Puede obtener más información sobre qué es un paciente internado o un paciente externo en esta hoja de datos: es. <u>medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</u>. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser necesario sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no puede autoadministrarse 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un asistente social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC) • un terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • un enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) • un asistente médico (Physician Assistant, PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable <p>Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas intensivos para pacientes externos • evaluación y tratamiento de salud mental individual y de grupo • pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios para pacientes externos con fines de seguimiento del tratamiento farmacológico • laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes externos • consulta psiquiátrica <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Pagamos por el tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de departamentos de pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF), y otros centros.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para el trastorno por el consumo de sustancias tóxicas para pacientes externos</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y posiblemente por otros servicios no mencionados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • tratamiento por abuso de drogas • asesoramiento grupal o individual a cargo de un médico clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones • servicios relacionados con el alcohol y/o las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos • tratamiento con Naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>Pagamos cirugía para pacientes externos y servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención paliativa</p> <p>La atención paliativa está cubierta por nuestro plan. La atención paliativa es para personas con enfermedades graves. Proporciona cuidados centrados en el paciente y la familia que mejoran la calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. La atención paliativa no es un hospicio, por lo que no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para poder recibirla. La atención paliativa se proporciona al mismo tiempo que la atención curativa/habitual. La atención paliativa incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación anticipada de cuidados • evaluación y consulta de atención paliativa • un plan de atención que incluye toda la atención paliativa y curativa autorizada, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • servicios de su equipo de atención médica designado • coordinación de atención • manejo del dolor y los síntomas <p>Es posible que no reciba atención en un hospicio y atención paliativa al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo atención paliativa y cumple los requisitos para recibir atención en un hospicio, puede solicitar el cambio a atención en un hospicio en cualquier momento.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC). Puede ayudar a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>Un servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) que se presta como un servicio hospitalario para pacientes externos, en un centro de salud mental comunitario, en un Centro de Salud Calificado Federalmente o en una clínica de salud rural. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios quirúrgicos o de atención de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: • un consultorio médico • un centro quirúrgico ambulatorio certificado • un departamento para pacientes externos de un hospital • consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de urgencia, servicios de atención médica a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales y en grupo de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención de la salud, sesiones individuales y en grupo de servicios psiquiátricos, fisioterapia y servicios de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y en grupo para pacientes externos por abuso de sustancias tóxicas, y capacitación para el autocontrol de la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios por telesalud, deberá recurrir a un proveedor dentro de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con médicos certificados por la junta médica a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de preguntas e inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual y dermatología, entre otros. ○ Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud) es una consulta con un médico por teléfono o internet a través de un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. ○ Para obtener más información o para programar una consulta, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p> 	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias tóxicas o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: • usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud • usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía 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 un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales ○ extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica ○ servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes <p>Atención de rutina adicional de los pies con límite de hasta 12 consultas por año</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años y más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos prótesis y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits para suministro de alimentos, bombas de infusión, sondas y adaptadores, soluciones, y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • férulas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de la mastectomía) • prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa de la cara que fue removida o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • crema para la incontinencia y pañales <p>Pagamos por algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos la reparación o reemplazo de los dispositivos protésicos y ortésicos.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte el apartado “Atención de la vista” que aparece más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>No pagaremos las prótesis dentales.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave. Debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Trasmitted Infections, STI) y asesoramiento</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que corren un mayor riesgo de contraer una STI. 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 pagamos hasta dos sesiones superintensivas de asesoramiento conductual, en persona, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Solo pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un establecimiento de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	\$0
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y tal vez otros que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas dietas especiales <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos administrados como parte del plan de atención, incluidas sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre • sangre, incluso almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por un centro de atención de enfermería • pruebas de laboratorio que habitualmente se realizan en los centros de atención de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que se realizan en los centros de atención de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería • servicios de médicos/proveedores <p>Por lo general, recibirá atención en los centros de la red. No obstante, es posible recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería) • un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos tentativas para dejarlo, dentro de un período de 12 meses, como un servicio preventivo. Este servicio es sin costo para usted. Cada tentativa para dejarlo incluye hasta cuatro consultas de asesoramiento personales. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. 	\$0
<p>Plataforma de apoyo social</p> <p>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para apoyar su bienestar general. Usted tiene acceso a recursos comunitarios, actividades terapéuticas y recursos patrocinados por el plan para ayudar a manejar el estrés y la ansiedad. La plataforma facilita el proceso para que pueda participar y mantenerse involucrado para mantener una trayectoria de salud conductual saludable. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que pueda utilizarla siempre que lo desee.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Plataforma de apoyo social (continuación)</p> <p>La plataforma Twill incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de bienestar individualizados: Acceda a los programas personalizados autoguiados, de 4 semanas de duración, de Twill Therapeutics, diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, que incorporan información proporcionada por expertos en envejecimiento saludable para apoyar específicamente a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para monitorear las mejoras en su salud. • Apoyo de pares y expertos: Conéctese con Twill Care en un espacio comunitario moderado para interactuar con pares y expertos médicos. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios de Wellcare adicionales basados en sus interacciones y necesidades identificadas. • Herramientas de salud digitales personalizadas: Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena (mindfulness) y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas clave como el envejecimiento saludable, el manejo del aislamiento, los cuidados, el duelo y la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros. <p>Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal para miembros en www.wellcare.com/healthnetCA o llamando a Servicios para los miembros. Después de registrarse, puede acceder directamente a la plataforma en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>Pagamos el SET para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática que tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Nuestro plan paga por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para recibir el SET • 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tener sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de kinesioterapia para la PAD en miembros con calambres en las piernas debidos a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: Transporte médico que no es de emergencia</p> <p>Este beneficio permite el transporte más económico y accesible. Puede incluir: ambulancia, furgoneta para traslado en camilla, servicios de transporte médico en furgoneta para traslado en silla de ruedas y coordinación con servicio de paratransito.</p> <p>Estas formas de transporte se autorizan cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su afección y/o estado físico no le permitan viajar en autobús, automóvil, taxi u otro medio de transporte público o privado, y • según el servicio, puede requerirse una autorización previa 	\$0
<p>Transporte: Transporte de carácter no médico</p> <p>Este beneficio de Medicare y Medi-Cal permite el transporte para recibir servicios médicos por medio de un automóvil de pasajeros, taxi u otros medios de transporte público o privado.</p> <p>Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria, incluidos los traslados para acudir a citas con el dentista y para retirar medicamentos con receta.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no es de emergencia.</p> <p>Nuestro plan de Medicare cubre cada año 12 viajes de transporte terrestre de un tramo y que no son de emergencia dentro de nuestra área de servicio. El transporte que supere los 12 viajes está cubierto por el beneficio de Medi-Cal. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios necesarios. Usted puede acceder a un viaje hacia establecimientos de atención médica como sus médicos, especialistas y dentista.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: Transporte de carácter no médico (continuación)</p> <p>Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a: 75 millas, de un tramo, y hasta cuatro viajes de un tramo por día. Para reservar su traslado, llame al número de transporte que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes, como máximo, y 3 días, como mínimo. Los viajes en el mismo día están sujetos a disponibilidad.</p> <p>Los traslados incluyen taxis, automóviles de pasajeros, furgoneta para traslado en silla de ruedas y servicios de viaje compartido (como Uber o Lyft) para satisfacer sus necesidades de salud. Para estar cubierto por el plan, debe utilizar este beneficio para ir a establecimientos de atención médica. Los traslados puede incluir a varios miembros al mismo tiempo y, durante el viaje, pueden detenerse en otras ubicaciones distintas a su destino. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad adicional, como el uso de sillas de ruedas, o preferencias, como necesitar más tiempo para llegar a su traslado, al momento de programar su viaje.</p> <p>Para más información sobre cómo obtener transporte médico que no es de emergencia, consulte el Capítulo 3, Sección G2.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>Atención de urgencia es la que se presta para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede recibir servicios de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a los proveedores de la red debido al horario, lugar o sus circunstancias, o cuando no sea razonable obtener el servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios de manera inmediata debido a una afección que no había sido advertida, pero no se trata de una emergencia médica).</p>	\$0
<p>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)</p> <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 usar su asignación de Wellcare Spendables™ para cualquiera de los beneficios que figuran a continuación. Debe seguir estando inscrito en este plan y siendo elegible para el subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) para recibir el beneficio de VBID. Esta asignación se combina con su beneficio de medicamentos de venta libre. Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables, consulte la sección Wellcare Spendables de esta tabla.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) (continuación)</p> <p>Pago en la bomba de combustible</p> <p>Puede utilizar su tarjeta para pagar por combustible directamente en la bomba de combustible en centros participantes. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto de la asignación disponible.</p> <p>Alimentos saludables</p> <p>Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en los comercios minoristas participantes. Comidas preparadas disponibles para solicitar a través del portal en línea. La tarjeta no se puede utilizar para comprar tabaco ni alcohol. Los siguientes son ejemplos de artículos aprobados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carne y aves • Frutas y verduras • Bebidas nutritivas • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar los artículos aprobados en los comercios minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte el catálogo. <p>Artículos de seguridad y mejora del hogar</p> <p>Puede utilizar su tarjeta para ayudarlo con el costo de artículos de seguridad y mejora del hogar. Inicie sesión en el portal para miembros para comprar los artículos aceptados. Los artículos aprobados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barras de agarre o pomos de puerta y revestimientos de suelo antideslizantes • Sillas de seguridad y elementos de ayuda para modificar el baño <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aire acondicionado portátil y productos para la calidad del aire • Productos para el control de plagas e insectos <p>Asistencia para el alquiler</p> <p>Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa. Inicie sesión en el portal para miembros para pagar a los proveedores o pague directamente a los proveedores en los casos en que se acepten los pagos.</p> <p>Asistencia para los servicios públicos</p> <p>Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el pago del costo de los servicios públicos de su hogar. Inicie sesión en el portal para miembros o pague directamente a los proveedores de servicios en los casos en que se acepten los pagos. La tarjeta no se puede utilizar para efectuar pagos automáticos recurrentes.</p> <p>Los gastos aprobados para este beneficio incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electricidad, gas, recolección de basura y servicios de agua • Servicio de teléfono de línea fija y móvil • Servicio de Internet • Televisión por cable (se excluyen los servicios de transmisión en directo (streaming)) • Determinados gastos en derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica 	
 <p>Atención de la vista</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <p>Pagamos servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Esto incluye, por ejemplo, exámenes de la vista anuales de retinopatía diabética para las personas con diabetes y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.</p> <p>Si se somete a 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, ni siquiera si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para las personas con diabetes. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.


Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto con receta cada año, sin límite, hasta un beneficio máximo de \$100 cada año. Los anteojos o lentes de contacto cubiertos incluyen cualquiera de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o ○ Solo marcos de anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones de marcos y lentes para anteojos o lentes de contacto <p>Nota: El plan cubre el cargo de adaptación de lentes de contacto.</p> <p>El monto máximo de cobertura del beneficio del plan de \$100 se aplica cada año al costo minorista de marcos y/o lentes (incluso cualquier opción de lentes tales como tintes y recubrimientos).</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo que supere el monto máximo del beneficio para anteojos o lentes de contacto complementarios (es decir, de rutina).</p> <p>Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el monto máximo del beneficio complementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden utilizar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar la cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <p>Nota: La cobertura de los servicios de la vista de rutina es un beneficio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte que le corresponde de los costos de estos servicios.</p> <p>Los servicios de la vista deben obtenerse a través de la red de atención de la vista del plan. Para preguntar cómo buscar un proveedor o para obtener más información llame a Servicios para los miembros o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para tener cobertura, salvo en caso de emergencia.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas) y • las remisiones a otro tipo de atención si usted la necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>Recibirá \$48 mensualmente precargados en su tarjeta Wellcare Spendables™. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p> <p><u>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</u></p> <p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Puede utilizar su tarjeta en los comercios minoristas participantes, a través de la aplicación móvil o iniciando sesión en su portal de miembro para realizar un pedido con entrega a domicilio.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de venta libre de marca y genéricos • Vitaminas, analgésicos, antialérgicos y artículos para el resfriado y la diabetes • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para buscar los artículos aprobados en los comercios minoristas, inicie sesión en su portal para miembros o consulte su catálogo. <p>Nota: En determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Siempre que sea posible, deberá utilizar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su asignación para artículos de venta libre en estos artículos.</p> <p><u>Dado que su plan participa en el programa Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID), también puede utilizar su tarjeta para cualquiera de los siguientes beneficios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en el surtidor • Alimentos saludables • Artículos de seguridad y mejora del hogar • Asistencia para el alquiler <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>No hay copago.</p> <p>Es posible que en algunos pedidos se requiera un mínimo de \$35 para el envío gratuito.</p> <p>No hay requisito mínimo para las compras en la tienda.</p>



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™ (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistencia para los servicios públicos <p><u>Para más información sobre estos beneficios, consulte el Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (VBID) en esta tabla.</u></p> <p><u>Cómo utilizar su tarjeta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Active su tarjeta antes de utilizarla. Las instrucciones figuran en la carta que recibió con su tarjeta. Visite un comercio minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que se indica a continuación o descargue la aplicación móvil. Seleccione los artículos/servicios aprobados. Pase por caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables™. Para pedidos en línea o a través de la aplicación móvil, introduzca su número de tarjeta al pagar. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede seleccionar la opción “crédito” al pagar. Si se le solicita, su PIN son los 4 últimos dígitos del número de su tarjeta. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una vez que haya utilizado su asignación para gastos, usted es responsable del costo restante de sus compras. Los artículos comprados en las tiendas pueden devolverse siguiendo las políticas de devolución y cambio de dichos comercios minoristas. Si su tarjeta no funciona correctamente o en caso de un problema técnico, comuníquese con nosotros al número que figura a continuación. Wellcare no se hace responsable por tarjetas perdidas o robadas. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Wellcare Spendables™ (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tarjeta Wellcare Spendables™ es solo para su uso personal, no se puede vender ni transferir, y no tiene valor en efectivo. • Pueden aplicarse limitaciones y restricciones, solo están cubiertos los artículos aprobados. • Este no es un beneficio de Medicaid. <p>Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™ o para 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 consultar en línea: member.membersecurelogin.com.</p>	

E. Apoyos comunitarios

Puede recibir apoyos en virtud de su Plan de atención individualizado. Los Apoyos comunitarios son servicios o entornos médicamente apropiados y económicos alternativos a los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No sustituyen los beneficios que ya recibe en virtud de Medi-Cal.

Apoyos comunitarios (Community Supports,CS) es un programa California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM), implementado por el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS). Es uno de los muchos programas para ayudar a mejorar la salud de los miembros de Medi-Cal en todo el estado.

Wellcare by Health Net se ha asociado con proveedores de CS que son organizaciones comunitarias con experiencia de trabajo directo en la comunidad que comprenden las necesidades de los miembros. El objetivo clave es permitir que los miembros reciban atención donde se sientan más cómodos y mantenerlos en su hogar o comunidad. Existen 14 tipos de servicios que pueden ayudar a los miembros, tal y como se describe en las tablas siguientes.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si necesita ayuda o desea averiguar qué Apoyos comunitarios podría tener a su disposición, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711) o a su proveedor de atención médica.

Servicios para abordar la falta de vivienda y la vivienda:

Apoyos comunitarios	Qué puede obtener
Servicios de navegación de transición a la vivienda	<p>Ayuda para conseguir una vivienda. Esto puede incluir ayuda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscar un lugar donde vivir o una vivienda. • Cómo solicitar una vivienda. • Hacer un plan de apoyo para la vivienda. <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está en la lista de ayuda para la vivienda a través del Sistema de entrada coordinada (Coordinated Entry System) local para personas sin hogar o de un sistema similar. • Se encuentra sin hogar. • Corre el riesgo de quedarse sin hogar.
Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda	<p>Ayuda para mantener la vivienda una vez que se ha mudado. Esto puede incluir el apoyo con el presupuesto, los pagos en fecha del alquiler, y la comprensión de los derechos y responsabilidades estipulados en su contrato de arrendamiento.</p> <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe servicios de transición/navegación a la vivienda. • Está en la lista de ayuda para la vivienda a través del Sistema de entrada coordinada local para personas sin hogar o de un sistema similar. • Está actualmente sin hogar. • Está en riesgo de quedarse sin hogar.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apoyos comunitarios	Qué puede obtener
Depósitos para vivienda	<p>Ayuda para conseguir una vivienda. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos de garantía para conseguir un contrato de alquiler. • Cobertura del primer mes de servicios públicos. • Primer y último mes de alquiler si se exige antes de la mudanza. <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe servicios de transición/navegación a la vivienda. • Está en la lista de ayuda para la vivienda a través del Sistema de entrada coordinada local para personas sin hogar o de un sistema similar. • Se encuentra sin hogar.

Servicios de recuperación:

Apoyos comunitarios	Qué puede obtener
Atención de recuperación (alivio médico)	<p>Atención de vivienda a corto plazo para quienes ya no necesitan estar en un hospital, pero aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad.</p> <p>Los servicios están disponibles en determinados condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre riesgo de ser hospitalizado, o después de una hospitalización. • Vive solo sin apoyo formal. • Tiene una vivienda insegura o que pondría en peligro su salud y seguridad si no se modifica.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apoyos comunitarios	Qué puede obtener
Servicios de alivio	<p>Servicios de alivio a corto plazo brindado a los cuidadores de quienes necesitan atención o apoyo a corto plazo.</p> <p>Los servicios están disponibles en todos los condados</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vive en un lugar que limita su actividad diaria. • Necesita que un cuidador le proporcione la mayor parte de su apoyo. • Necesita ayuda de un cuidador para evitar que le ingresen en un centro de cuidados o en un lugar similar.
Alojamiento a corto plazo tras la hospitalización	<p>Un lugar donde pueda seguir recibiendo atención para las necesidades de salud mental o trastorno por el consumo de sustancias tóxicas tras dejar el hospital.</p> <p>Los servicios están disponibles en determinados condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deja la atención de curación. • Sale de una internación. • Cumple con la definición establecida por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de persona sin hogar.
Centros de desintoxicación	<p>Un lugar donde puede recibir ayuda por el consumo de alcohol o problemas con la bebida en lugar de que le lleven al departamento de emergencias o a la cárcel.</p> <p>Los servicios están disponibles en ciertos condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene 18 años o más y está ebrio. • Le han llevado al departamento de emergencias o a la cárcel. • Le han llevado al departamento de emergencias y es apto para un Centro de desintoxicación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Servicios para el bienestar a largo plazo en entornos similares al hogar:

Apoyos comunitarios	Descripción
Remediación del asma	<p>Cambios en un hogar para deshacerse de los desencadenantes nocivos del asma.</p> <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido asma mal controlada en los últimos 12 meses, según lo ha establecido: <ul style="list-style-type: none"> ○ Una consulta al departamento de emergencias. ○ La admisión en un hospital. ○ Dos consultas por enfermedad o atención de urgencia. • Tener una puntuación de 19 o inferior en la prueba de control del asma.
Habilitación diurna	<p>Programas para ayudarlo a aprender las habilidades necesarias para vivir en entornos similares al hogar. Pueden incluir capacitación sobre el uso del transporte público o cómo preparar comidas.</p> <p>Servicios disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra sin hogar. • Ha dejado de ser una persona sin hogar y ha accedido a una vivienda en los últimos 24 meses. • Está en riesgo de quedarse sin hogar. O bien, se podría mejorar el entorno similar al hogar.
Adaptación de accesibilidad medioambiental	<p>Cambios en el hogar por su salud y seguridad. También, cambios que le permitan desenvolverse libremente en el hogar. Estos pueden incluir rampas y barras de agarre.</p> <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está en riesgo de ingresar en un centro de cuidados.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apoyos comunitarios	Descripción
Comidas/ Comidas adaptadas desde un punto de vista médico	<p>Comidas a domicilio preparadas y cocinadas en función de sus necesidades dietéticas y de salud. Esto incluye las comidas necesarias después del alta del hospital.</p> <p>Los servicios están disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padece enfermedades crónicas. • Ha sido dado de alta del hospital o de un centro de atención de enfermería especializada. • Corre un alto riesgo de ser hospitalizado o ingresado en un centro de cuidados. • Tiene necesidades importantes de administración de cuidados. • Ha sido evaluado por un dietista o un profesional de la nutrición con licencia.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apoyos comunitarios	Descripción
<p>Transición de un centro de atención de enfermería/ Desvío a una residencia de vida asistida (Assited Living Facility, ALF)</p>	<p>Servicios para ayudarle a salir de un centro de cuidados a un entorno comunitario, como una residencia de vida asistida. También pueden ser servicios para evitar que le ingresen en un centro de cuidados.</p> <p>Servicios disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios en caso de:</p> <p>Transición a un centro de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha vivido más de 60 días en un centro de cuidados. • Está dispuesto a vivir en una residencia de vida asistida (un lugar que le ayude con sus necesidades médicas diarias) como opción a un centro de cuidados. • Puede vivir de forma segura en una residencia de vida asistida con apoyo. <p>Desvío hacia un centro de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desea permanecer en la comunidad. • Está dispuesto y puede vivir de forma segura en una residencia de vida asistida con apoyo. • Recibe actualmente servicios de un centro de cuidados o cumple con los requisitos mínimos para recibir servicios de un centro de cuidados.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apoyos comunitarios	Descripción
Servicios de transición comunitaria/ Transición del centro de cuidados al hogar	<p>Servicios para ayudarle si va a pasar de un centro de cuidados a un entorno domiciliario en el que tenga que pagar los gastos de manutención.</p> <p>Servicios disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe actualmente un nivel de atención de centro de cuidados médicamente necesario. • Ha vivido más de 60 días en un centro de cuidados o en un centro de alivio médico. • Desea volver a la comunidad. • Pueden vivir de forma segura en la comunidad con servicios de apoyo.
Cuidado personal y servicios de empleada doméstica	<p>Servicios para ayudarle con sus necesidades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, limpiar la casa y hacer compras.</p> <p>Servicios disponibles en todos los condados.</p> <p>Puede obtener servicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre riesgo de ser hospitalizado o ingresado en un centro de cuidados. • Es una persona que necesita ayuda diaria y no tiene otro sistema de apoyo. • Cuenta con una aprobación para recibir Servicios de apoyo a domicilio.

Si necesita ayuda o desea averiguar qué Apoyos en la comunidad podrían estar a su disposición, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711) o a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de pago por servicio de Medi-Cal u Original Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

F1. Transiciones comunitarias (Community Transitions, CCT) de California

El programa de Transiciones comunitarias (CCT) de California utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles para Medi-Cal que han vivido en un centro para pacientes internados durante al menos 90 días consecutivos a realizar la transición de regreso a un entorno comunitario y permanecer en este de forma segura. El programa de CCT financia servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado donde usted vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados donde prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de la transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura por los servicios que usted recibe. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe los servicios de coordinación de la transición de CCT, nosotros pagamos los servicios que figuran en la Tabla de beneficios en la **Sección D** de este capítulo.

Sin cambios en el beneficio de cobertura para medicamentos

El programa de CCT **no** cubre los medicamentos. Usted continuará obteniendo su beneficio de medicamentos normal a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F** de su *Manual para los miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición no relacionada con CCT, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición no relacionada con CCT es la atención **no** relacionada con su transición desde una institución o un centro.

F2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Encontrará más información en el sitio web de SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, los siguientes servicios:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de endodoncia
- ajustes, reparaciones y realineaciones de dentaduras postizas parciales y completas

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles por medio de Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para buscar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicios para los miembros llamando al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para atenderle de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar la página web SmileCalifornia.org para obtener más información.

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

F3. Atención en un hospicio

Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un diagnóstico terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida inferior a seis meses. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicios certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la **Sección D**, para obtener más información sobre lo que pagamos por sus servicios de hospicio.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que estén relacionados con su diagnóstico terminal

- El proveedor del hospicio factura a Medicare por los servicios que usted recibe. Medicare paga por los servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico terminal



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- El proveedor factura a Medicare por los servicios que usted recibe. Medicare paga por los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F**, de su *Manual para los miembros*.

Nota: Si usted tiene una enfermedad grave, es posible que sea elegible para recibir atención paliativa, la que proporciona atención de equipo centrada en el paciente y la familia con el fin de mejorar su calidad de vida. Es posible que usted reciba atención paliativa al mismo tiempo que su atención curativa/regular. Consulte la sección de Atención paliativa que figura anteriormente para obtener más información.

Nota: Si necesita atención no relacionada con un hospicio, llame a su coordinador de atención para organizar los servicios. La atención no relacionada con un hospicio es aquella que no está relacionada con su diagnóstico terminal.

F4. Servicios de apoyo a domicilio (In Home Supportive Services, IHSS)

- El programa de Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS) le ayudará a pagar los servicios que le presten para que pueda permanecer en su propio domicilio de forma segura. IHSS se considera una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como los centros de cuidados o alojamiento y centros de atención.
- Los tipos de servicios que pueden autorizarse a través de IHSS son la limpieza del hogar, la preparación de comidas, la lavandería, la compra de comestibles, los servicios de cuidado personal (como cuidados relacionados con la vejiga y los intestinos, bañarse, asearse y los servicios paramédicos), el acompañamiento a citas médicas y la supervisión protectora para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS a la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener información de contacto de la agencia de servicios sociales del condado, consulte el **Capítulo 2, Sección J**.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

F5. 1915(c) Programas de Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)

Exención de vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW)

- La Exención de vida asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles para Medi-Cal la opción de vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un ingreso a largo plazo a un centro de atención de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición desde el centro de atención de enfermería nuevamente a un entorno similar al hogar y a la comunidad, o evitar el ingreso a un centro de atención de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de ingreso a un centro de atención de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW mientras también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de coordinación de la atención de la ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW. Para consultar la lista actualizada de las agencias de coordinación de atención participantes en el programa de ALW, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx>.

Exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del Programa de autodeterminación (Self-Determination Program, SDP) para personas con discapacidades del desarrollo de California

- Existen 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 el individuo cumpla 18 años de edad y que se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar determinados servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su 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 ponerse en contacto con los servicios de Exención DD.

Exención de Alternativa basada en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- La Exención de HCBA proporciona servicios de administración de la atención a personas en riesgo de ingresar a un centro de cuidados o a una institución. Los servicios de administración de la atención son prestados por un equipo multidisciplinario de administración de la atención integrado por un enfermero y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

del plan estatal (tales como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo a domicilio, etc.) y coordina otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y de exención se prestan en el lugar de residencia del participante en su comunidad. Esta residencia puede ser de propiedad privada, estar asegurada mediante un contrato de arrendamiento/de inquilino o ser la residencia de un miembro de la familia del participante.

- Los miembros que están inscritos en la Exención de HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención de HCBA y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la exención de HCBA para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la HCBA. Para obtener más información, visite [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 (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- El Programa de exención de Medi-Cal (MCWP) brinda servicios integrales de administración de casos y atención directa a personas que viven con VIH como alternativa a la atención en centros de atención de enfermería o la hospitalización. La administración de casos se centra en el participante y consiste en un enfoque de equipo formado por un enfermero registrado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y el o los proveedores de atención primaria, familia, cuidador(es) y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con VIH que, de otra forma, requieren servicios institucionales; (2) asistir a los participantes en la administración de la atención de la salud en relación con el VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud conductual y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención del MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención del MCWP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la Exención del MCWP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a presentar su solicitud para el MCWP. Para obtener más información, visite https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Programa de servicios multipropósito para personas de edad avanzada (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- El Programa de servicios multipropósito para personas de edad avanzada (MSSP) brinda tanto servicios sociales como servicios de administración de la atención médica para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes en el programa también reciben Servicios de apoyo a domicilio, el MSSP proporciona coordinación de la atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con los proveedores de atención médica y adquiere algunos servicios necesarios que no están disponibles de otro modo 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 la salud y de servicios sociales proporciona a cada participante del MSSP una evaluación de salud y psicosocial completa para determinar los servicios necesarios. El equipo trabaja después con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención personalizado. Los servicios incluyen:
 - administración de la atención
 - atención diurna para adultos
 - reparaciones y mantenimiento del hogar menores
 - servicios complementarios a domicilio de tareas domésticas, cuidado personal y servicios de supervisión protectora
 - servicios de atención de alivio
 - servicios de transporte
 - servicios de asesoramiento y terapéuticos
 - servicios de comidas
 - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la Exención del MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención del MSSP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que usted recibe.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a presentar su solicitud para el MSSP. Agencia sobre el envejecimiento del área de Fresno-Madera: 800-510-2020 (gratuito). Condado de Tulare: Agencia sobre el envejecimiento del área de King-Tulare: teléfono 1-559-623-0199 (TTY: 711).

F6. Servicios de salud conductual del condado prestados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas)

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y de Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios del condado para trastornos por consumo de sustancias tóxicas, pero estos servicios están a su disposición a través de las agencias de salud conductual del condado.

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (Mental Health Plan, MHP) si usted cumple los criterios para el acceso a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que brinda el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo farmacológico
- tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- intervención en caso de crisis
- estabilización de la crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- servicios de centros psiquiátricos
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- administración de casos específicos
- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en caso de crisis
- servicios terapéuticos conductuales
- coordinación intensiva de los cuidados
- servicios intensivos a domicilio



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System) están a su disposición a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple los requisitos para recibir estos servicios. Los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por su condado incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos
- tratamiento residencial perinatal de los trastornos por uso de sustancias tóxicas
- servicios de tratamiento para pacientes externos
- programa de tratamiento por narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también denominado tratamiento asistido con Medicamentos)
- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en crisis

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes externos
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también denominado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios para el manejo del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento por narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo de pares
- servicios móviles comunitarios de intervención en crisis
- servicios de administración de contingencias

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación hospitalaria voluntaria si cumple los criterios.

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y administrados a través de los servicios de salud conductual de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Consulte el **Capítulo 3, Sección F**, para obtener información sobre los servicios de salud conductual que están disponibles a través de nuestro plan, incluido el proceso utilizado para determinar la necesidad médica y la remisión entre nuestro plan y el MHP de su condado. Si tiene un problema o una



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

queja acerca de un servicio de salud conductual, consulte el **Capítulo 9, Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagan por ellos.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y algunos que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para los miembros*) excepto en las circunstancias específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por ellos. Si cree que nuestro plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros*.

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

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que los incluyamos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3, Sección J** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico contra la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- servicio de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio
- cargos cobrados por sus familiares directos o miembros de su hogar



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- procedimientos o servicios de mejora por elección o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía cosmética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de una mama tras una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para igualarla
- atención quiropráctica distinta de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura
- atención de rutina de los pies, salvo lo descrito en Servicios de podiatría en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, salvo que formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte, o sean para una persona con pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, salvo los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la baja visión
- reversión de procedimientos de esterilización
- servicios de un naturoterapeuta (utilización de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es superior al costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de costos compartidos que le correspondan.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos con receta para pacientes externos

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener medicamentos con receta para pacientes externos. Estos son los medicamentos que su proveedor le receta y usted obtiene en una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Estos incluyen medicamentos cubiertos por Medi-Cal y la Parte D de Medicare. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Generalmente, estos incluyen los medicamentos que se le proporcionan mientras usted se encuentra en un hospital o en un centro de atención de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se administran durante una consulta en un consultorio con un médico u otro proveedor, y medicamentos que se proporcionan en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3** “Si usted se encuentra en un programa de hospicios certificados por Medicare”.

Normas para la cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que usted cumpla con las normas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, la cual debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes. A menudo, esta persona es su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). También podría ser otro proveedor, si su PCP le ha remitido para que reciba atención.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

La persona autorizada a dar recetas **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare ni en ninguna lista de Medi-Cal.

Por lo general, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.

El medicamento que le recetaron debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está incluido en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo al otorgarle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección G2** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Además, tenga presente que la solicitud para que se cubra su medicamento recetado será evaluada conforme a las normas de Medicare y de Medi-Cal.

Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Es posible que la persona autorizada a dar recetas pueda ayudar a identificar referencias médicas para avalar el uso solicitado del medicamento recetado. En el caso de los medicamentos cubiertos por Medi-Cal, esto significa que el uso del medicamento se encuentra dentro de parámetros razonables y es necesario para proteger la vida, prevenir una afección o discapacidad grave, o para aliviar un dolor intenso por medio del diagnóstico o tratamiento de una afección, enfermedad o lesión.

Su medicamento puede requerir la aprobación del plan en función de determinadas normas antes de que aceptemos cubrirlo. Consulte la **Sección C**.

Índice

A.	Cómo surtir sus recetas médicas.....	170
A1.	Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	170
A2.	Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta.....	170
A3.	Qué debe hacer si usted cambia de farmacia de la red	170
A4.	Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red	171
A5.	Cómo utilizar una farmacia especializada	171
A6.	Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	172
A7.	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	174
A8.	Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan	174
A9.	Reembolso de un medicamento con receta	175



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

B.	<i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	175
B1.	Medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	175
B2.	Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	176
B3.	Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	177
C.	Límites en algunos medicamentos.....	178
D.	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	179
D1.	Cómo obtener un suministro temporal.....	180
D2.	Cómo solicitar un suministro temporal.....	181
D3.	Cómo solicitar una excepción.....	182
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	182
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales	185
F1.	En un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan	185
F2.	En un centro de atención a largo plazo	185
F3.	En un programa de hospicios certificados por Medicare.....	185
G.	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	186
G1.	Programas que le ayudan a utilizar los medicamentos en forma segura	186
G2.	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	186
G3.	Programa de administración de medicamentos para el uso seguro opioides	187



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, solo pagamos los medicamentos con receta cuando se surten en alguna de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por el medicamento con receta cubierto.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos de Medi-Cal Rx.

Si usted no tiene su tarjeta de identificación de miembro o su BIC con usted en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos. **Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese enseguida con Servicios para los miembros.** Haremos todo lo posible por ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros*.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, comuníquese con Servicios para los miembros o su coordinador de atención.

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

Si cambia de farmacia y necesita el resurtido de un medicamento con receta, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva receta o solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia, si queda algún resurtido.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A4. Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

A veces, los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un centro de atención de enfermería.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que obtenga los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Proveedor de atención médica para la población india estadounidense (Indian Health Care Provider, IHCP) y farmacias de la Organización de la población india estadounidense urbana (Urban Indian Organization, UIO), Programa de salud para la población india estadounidense urbana o al Programa de salud para la población india estadounidense tribal. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos **no** disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con "**NM**" en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que solicite un suministro para hasta 100 días. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Obtener medicamentos con receta por correo

Para obtener formularios de pedido por correo e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran al final de esta página) para recibir ayuda.

Por lo general, un medicamento con receta pedido por correo le llegará en un plazo de 10 a 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 distintos procedimientos para las recetas nuevas que recibe por parte de usted, para las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y para los resurtidos de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultar antes con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado, o
- 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 comunicándose con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide suspender los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de parte de un proveedor de atención médica para averiguar si usted desea que le surtan y envíen el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidas su concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o demorar el pedido antes de que se le envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para indicarle qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas de las nuevas recetas que usted recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le está por terminar el medicamento a la brevedad.

- La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.
- Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se le termine su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para los miembros o a su farmacia de pedido 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 confirmar su pedido antes de enviarlo. 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 cambia su información de contacto.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted 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 aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y de farmacias* le indica qué farmacias pueden surtirle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

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

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, compruebe primero con Servicios para los miembros para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Pagamos los medicamentos con receta que obtenga 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 puede conseguir en una farmacia de la red cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que se encuentre cerca y esté abierta.
- Debe abandonar su domicilio debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos un surtido único de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en las siguientes situaciones.

En estos casos, compruebe primero con su coordinador de atención o con Servicios para los miembros para saber si hay una farmacia de la red cerca.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A9. Reembolso de un medicamento con receta

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que obtenga sus medicamentos con receta. Puede solicitarnos un reembolso.

Si paga el costo total de su medicamento con receta que puede estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le otorgue un reembolso una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento con receta. Como alternativa, puede solicitar un reembolso a Medi-Cal Rx presentando la reclamación de “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement, Conlan)”. Encontrará más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La denominamos la “*Lista de medicamentos*” para abreviarla.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, 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 productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. 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 principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y por lo general cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte en el **Capítulo 12** las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la *Lista de medicamentos*.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra *Lista de medicamentos*:

- Consulte el sitio web de nuestro plan en www.wellcare.com/healthnetCA. La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para los miembros para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no estén cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Consulte el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Utilice nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) en www.wellcare.com/healthnetCA o llame a su coordinador de atención o a Servicios para los miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluirlos en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan no paga por las categorías de medicamentos que se describen en esta sección. A estos se los denomina **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si considera que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación, se presentan tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (incluida la Parte D de Medicare) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.
2. Nuestro plan no puede cubrir los medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle cierto medicamento para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tratar la afección. Esto se denomina “uso para una indicación no autorizada”. Nuestro plan, por lo general, no cubre medicamentos para uso para una indicación no autorizada.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir las siguientes categorías de medicamentos.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado*
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, con excepción de las vitaminas prenatales y de los preparados de fluoruro*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes externos elaborados por una compañía que exige que las pruebas o servicios deben ser realizados solo por ella

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

C. Límites en algunos medicamentos

Para determinados medicamentos con receta, hay normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una norma especial para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que comunicarnos primero su diagnóstico o los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en permitirle que utilice el medicamento sin seguir pasos adicionales.

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

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original y suele ser más económico. En la mayoría de los casos, si está disponible la versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o biosimilar intercambiable o ha escrito “Sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha informado el motivo médico



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

por el cual ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona autorizada a dar recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de más bajo costo que sean igual de eficaces antes de cubrir los que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A es más económico que el medicamento B, podemos pedirle que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le funciona, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad que puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros o consulte nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección E** de la *Manual para los miembros*.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos sea adecuada para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y todavía no hemos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero se aplican normas o restricciones especiales respecto de su cobertura. Como se explica en la sección anterior, **Sección C** de este capítulo, algunos de



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona autorizada a dar recetas podría querer solicitar que hagamos una excepción.

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted querría, tiene algunas opciones.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, le podemos proporcionar un suministro temporal de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que tiene algún tipo de restricción. Esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca de obtener un medicamento diferente o solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos normas que figuran a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* o
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* o
- ahora tiene algún tipo de restricción.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Fue miembro de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será para hasta 30 días en una farmacia minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice resurtidos múltiples para hasta 30 días de medicamento en una farmacia minorista y 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Este suministro temporal será para hasta 30 días en una farmacia minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice resurtidos múltiples hasta un máximo de 30 días de medicamento en una farmacia minorista y de 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Ha sido miembro de nuestro plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está escrita para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente
 - Si su nivel de atención cambia (como mudarse de o a un centro de atención a largo plazo o un hospital) cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta médica es para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionarle hasta un total de un suministro para 30 días.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

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

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione bien para usted. Llame a Servicios para los miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos y que tratan la misma afección. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene una buena razón médica para que se haga una excepción, puede ayudarle a solicitarla.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que está tomando se excluirá de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de algún modo el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento para el próximo año del modo que usted desee.
- Responderemos su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo por parte de la persona autorizada a dar recetas).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9, Sección G4** de su *Manual para los miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para los miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra Lista de medicamentos a lo largo del año. También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requerimos o no la aprobación previa (PA) de un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas normas, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos a **principios** de año, por lo general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a no ser que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y menos costoso que funcione tan bien como uno de los que tenemos ahora en nuestra Lista de medicamentos, **o**
- sepamos que el medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar en línea nuestra *Lista de medicamentos* actualizada en www.wellcare.com/healthnetCA
 -
- Llamar a Servicios para los miembros al número que aparece al final de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actualizada.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Hay un nuevo medicamento genérico disponible. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original de la *Lista de medicamentos* actual. En ese caso, es posible que eliminemos el medicamento de marca y añadamos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted paga por el medicamento nuevo permanecerá igual.

Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas de cobertura o límites.

- Es posible que no se lo comuniquemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio concreto que hayamos hecho una vez que se haya realizado.
- Usted o su proveedor pueden solicitar que se haga una “excepción” a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9, Sección G4** de este manual.

Un medicamento es retirado del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o eficaz o bien, el fabricante retira un medicamento del mercado, es posible que lo retiremos de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Puede hablar con su médico sobre otras opciones.

Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- La FDA proporciona nuevas recomendaciones o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios ocurren, nosotros:

- Le informamos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Le informamos y le proporcionamos un suministro por 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- Si debe solicitar que se haga una excepción a estos cambios para que continúe la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que ha estado tomando. Para saber más sobre cómo solicitar que se haga una excepción, consulte el **Capítulo 9, Sección G4** de su *Manual para los miembros*.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no lo afecten ahora. Para estos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos a **principios** de año, por lo general no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto por los cambios que figuran en la sección anterior), entonces el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Generalmente, un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si esta forma parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros.

F3. En un programa de hospicios certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y por nuestro plan.

- Puede que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe obtener una notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar retrasos en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede pedir a su proveedor de hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que le surta la receta.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

G1. Programas que le ayudan a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- pueden no ser seguros debido a su edad o sexo
- podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es alérgico, o puede serlo
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted puede ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si usted reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo el beneficio de los medicamentos que toma



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- cualquier inquietud que usted tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y medicamento de venta libre

Luego, le dará lo siguiente:

- Un resumen por escrito de la conversación. El resumen incluye un plan de acción para medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para un uso óptimo de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos, que incluye todos los medicamentos que usted toma, las cantidades que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, infórmenos al respecto y cancelaremos su inscripción.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los miembros o con su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro opioides

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a utilizar de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides es apropiado y médicamente



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

necesario. Trabajaremos junto con personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos en una determinada farmacia y/o de determinadas personas autorizadas a dar recetas
- Limitación de la cantidad de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si consideramos que se le deben aplicar una o varias limitaciones, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga estos medicamentos con receta solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación.

Si considera que nos hemos equivocado, no está de acuerdo con que corre el riesgo de abusar de los medicamentos con receta, o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9, Sección G6** de su *Manual para los miembros*.)

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- recibe atención en un hospicio, centro de cuidados paliativos o de final de vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes externos. Por “medicamentos” entendemos:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Dado que usted es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarle a pagar los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos con receta, puede consultar:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos “*Lista de medicamentos*”. Le indica:
 - Los medicamentos que pagamos.
 - Si los medicamentos tienen algún límite.
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para los miembros. También puede encontrar la copia de nuestra *Lista de medicamentos* más actualizada en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA.
 - La mayoría de los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia están cubiertos por



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, 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. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

- El **Capítulo 5, Sección A** de su *Manual para los miembros*.
 - Le indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.
 - Incluye las normas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), 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 un valor estimado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para los miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y de farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que acuerdan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y de farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5, Sección A** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A.	<i>Explicación de beneficios(Explanation of Benefits, EOB)</i>	191
B.	Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos	192
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	194
	C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	194
	C2. Lo que le corresponde pagar.....	194
D.	Vacunas	195
	D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna.....	196



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Explicación de beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Los **costos que paga de su bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por medicamentos con receta. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos hecho por familiares o amigos, cualquier pago de sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando recibe medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios*. Para abreviar, lo llamamos EOB. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para ese mes**. El resumen indica qué medicamentos con receta recibió el mes anterior. Indica el costo total de los medicamentos, lo que hemos pagado nosotros y lo que han pagado usted y otras personas que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Este es el costo total de sus medicamentos y el total de pagos efectuados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Se trata del precio total del medicamento y de cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de costo más bajo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no cuentan para el total de los costos que paga de su bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos con receta que adquiere en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y ciertas



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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 Servicios al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Cuando obtenga alguna receta a través de Medi-Cal, lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta obtiene y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Proporcionémos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos por los que usted pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos el medicamento.

Estos son algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que usted obtiene en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el medicamento, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que usted paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que usted paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas.

4. Revise las **Explicaciones de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)** que le enviemos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con aquellos incluidos en sus recibos?
¿Los medicamentos coinciden con los que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) o leer el *Manual para los miembros* de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), al que puede acceder en nuestro sitio web: www.wellcare.com/healthnetCA.

¿Qué debe hacer si encuentra errores en este resumen?

Si algo le resulta confuso o parece ser incorrecto en esta EOB, llámenos a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). *También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web:* www.wellcare.com/healthnetCA.

Acerca de un posible fraude

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le resulte sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
- O 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 de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, abuso o ha causado una pérdida, tiene derecho a denunciarlo llamando al número confidencial y gratuito 1-800-822-6222. Puede obtener más información sobre otros métodos para denunciar fraude a Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si considera que algo es incorrecto o está incompleto, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. En lugar de recibir una *Explicación de beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D) en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su *Explicación de beneficios* de la Parte D. Puede solicitarla visitando <https://www.express-scripts.com/>. Si elige esta opción, recibirá un correo electrónico cuando su *Explicación de beneficios* electrónica (eEOB) esté lista para ver, imprimir



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

o descargar. Las *Explicaciones de beneficios* electrónicas (eEOB) también se denominan *Explicaciones de beneficios* de la Parte D digitales. Las *Explicaciones de beneficios* de la Parte D digitales son copias exactas (imágenes) de las *Explicaciones de beneficios* de la Parte D impresas. Conserve estas *Explicaciones de beneficios*. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no pagará nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras normas.

C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surta la receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días. El suministro a largo plazo no le costará nada.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el **Capítulo 5, Sección A7** de su *Manual para los miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y de farmacias*.

C2. Lo que le corresponde pagar

La mayoría de los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, 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 al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

La parte que le corresponde pagar a usted del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

	Una farmacia de la red	Servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o para hasta 100 días.	Un suministro para un mes o para hasta 100 días.	Un suministro para un mes o para hasta 31 días.	Un suministro para un mes o para hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de nuestro <i>Manual para los miembros</i> .
Nivel de costo compartido (Todos los medicamentos de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre las farmacias que pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* de nuestro plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección administrada por su médico.

D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicios para los miembros si tiene pensado recibir una vacuna.

- Podemos decirle cómo nuestro plan cubre su vacuna.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	198
B.	Cómo enviar una solicitud de pago.....	202
C.	Decisiones de cobertura	203
D.	Apelaciones.....	203



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debe recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos a los proveedores de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) que le facturen por estos servicios o medicamentos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague; envíenos la factura a nosotros. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B** de este capítulo.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si usted pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, es posible que reúna los requisitos para que se le proporcione un reembolso (devolución) si cumple con todas las condiciones siguientes:
 - El servicio que usted recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal y nosotros somos responsables de pagarlo. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
 - Usted recibió el servicio cubierto después de pasar a ser miembro elegible de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
 - Usted nos solicita el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Usted presenta un comprobante de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No es necesario que cumpla con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que proporcionen proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), usted tendrá que presentar un comprobante del proveedor que demuestre la necesidad médica del servicio cubierto.
- Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le informará si le proporcionará un reembolso en una carta denominada Aviso de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe reembolsarle el monto total que usted pagó. Si el proveedor se niega a proporcionarle un reembolso, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le reembolsará el monto total que pagó. Le proporcionaremos un reembolso en un plazo de 45 días hábiles a partir de la recepción de la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a proporcionarle un reembolso, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le proporcionará el reembolso, pero solamente hasta el monto que pagaría el pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) de Medi-Cal. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le reembolsará el monto total que pagó de su bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que proporcionen proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le proporcionaremos un reembolso.
- No le proporcionaremos un reembolso si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
 - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que indica que desea que le atiendan de todos modos y que pagará usted mismo por los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo comunicaremos.

Comuníquese con Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de cuándo es posible que tenga que solicitar un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando usted recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicita pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si corresponde que se le pague al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó por el servicio de Medicare, le reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red deben facturarnos a nosotros siempre. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando recibe servicios o medicamentos con receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le solicitan el pago de los servicios o más de la parte que le corresponde de los costos. **Llame a Servicios para los miembros** al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como pagamos la totalidad de los costos de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. Incluso podría haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de sus medicamentos con receta.

- Solo en circunstancias limitadas cubriremos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta médica.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta por un medicamento que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o podría tener un requisito o restricción que usted no conoce o que usted cree que no se aplica en su caso. Si usted decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si usted no paga por el medicamento, pero considera que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9, Sección G4** de su *Manual para los miembros*).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9, Sección G4** de su *Manual para los miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le hagamos el reembolso. En algunos casos, puede ser necesario obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que le hagamos un reembolso por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la analizamos y decidimos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento debe estar cubierto, pagamos el mismo.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9, Sección G5** de su *Manual para los miembros*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de la factura y recibos para sus registros.** Puede obtener ayuda de su coordinador de atención. Debe enviarnos la información en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.wellcare.com/healthnetCA), o puede llamar a Servicios para los miembros y solicitar el formulario.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Dirección para reclamaciones de gastos médicos:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

Debe presentarnos la reclamación en un plazo de un año calendario a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Dirección para reclamaciones de gastos de farmacia:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. Puede solicitar ayuda a su administrador de atención. Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días (para reclamaciones médicas) y de tres años (para reclamaciones de medicamentos) a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto, si lo hubiera, que debe pagar.

- Le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted ha seguido todas las normas para obtenerlo, le pagaremos. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que ha pagado. Si pagó el costo total de un medicamento, podría negársele el reembolso del monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio que negociamos). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3, Sección B** de su *Manual para los miembros* explica las normas para obtener la cobertura de sus servicios. El **Capítulo 5, Sección A** de su *Manual para los miembros* explica las normas para obtener la cobertura de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E1**.

D. Apelaciones

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se lo denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene plazos y procedimientos detallados. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9, Sección E2** de su *Manual para los miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Para presentar una apelación acerca de cómo obtener un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
 - Para presentar una apelación acerca de cómo obtener un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Puede encontrar los términos clave y sus definiciones en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	206
B.	Nuestra responsabilidad para que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	208
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (Personal Health Information, PHI).....	210
C1.	Cómo protegemos su PHI	211
C2.	Su derecho a ver sus registros médicos.....	211
D.	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información.....	212
E.	Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle de manera directa	213
F.	Su derecho a dejar nuestro plan	213
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	214
G1.	Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones	214
G2.	Su derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo	214
G3.	Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	216
H.	Su derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar nuestras decisiones.....	216
H1.	Qué hacer ante un trato que no ha sido imparcial o para obtener más información sobre sus derechos	216
I.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	217
J.	Su derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos de nuestros miembros y las políticas de responsabilidades	219
K.	Evaluación de nuevas tecnologías.....	219



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le presten de forma culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Tenemos la obligación de informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle documentación en otros idiomas además del inglés, incluidos español y hmong y en otros formatos como tamaño de letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los miembros o escriba a:

Wellcare By Health Net In Partnership with CalViva Health
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que usted comprenda la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otro idioma o formato alternativo si usted lo solicita de esta manera. Esto se denomina “solicitud permanente”. Documentaremos su elección. Llámenos si:

- Desea recibir sus materiales en español y hmong o en un formato alternativo. Puede solicitar uno de estos idiomas en un formato alternativo.
- Desea cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a dificultades con el idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de California Medi-Cal (Medicaid) (California Medi-Cal (Medicaid) Office of Civil Rights), al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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 Tus 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.
- Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Hmoob, Lus Mev thiab ua lwm hom ntawv xws li cov ntawv luam loj, ntawv su rau neeg dig muag, los sis ua suab lus rau koj tau. Txhawm rau kom tau daim ntawv theej hauv ib hom ntawm lwm cov hom ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab los sis sau ntawv mus rau:

Wellcare by Health Net In Partnership with CalViva Health
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv cov ntaub ntawv qhia paub. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv rau koj ua lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no yog hu ua “kev thov mus tas li.” Peb yuav teev tseg koj li kev xaiv cia. Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Hmoob, Lus Mev 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 cov ntaub ntawv ntawm koj txoj phiaj xwm kev tuav pov hwm, thov tiv tauj Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab tau ntawm 1-833-236-2366 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom hauv Hnub Monday–Hnub Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev yuav khoom hauv Hnub Monday–Hnub 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 kev 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, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad para que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede obtener una cita oportuna para recibir servicios cubiertos y su médico considera que usted no puede esperar más tiempo para la cita, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros de



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y ellos podrán ayudarle. Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3, Sección D** de su *Manual para los miembros*.
 - Llame a Servicios para los miembros o consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y los médicos que están aceptando nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en la salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que use un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir los servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención de urgencia sin aprobación previa (Prior Approval, PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3, Sección D4** de su *Manual para los miembros*.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, usted tiene derecho a mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales durante un plazo de hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1, Sección F** de su *Manual para los miembros*.

- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica con la ayuda de su equipo de atención médica y su coordinador de atención.

El **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* le explica lo que puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le explica lo que puede hacer si hemos rechazado la cobertura para sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (Personal Health Information, PHI)

Protegemos su información de salud personal (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad).

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios sensibles no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles ni para presentar una reclamación por servicios sensibles. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) enviará los comunicados relacionados con los servicios sensibles a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que haya designado como alternativas o, en ausencia de alternativas designadas, a nombre del miembro a la dirección o número de teléfono que figura en los registros. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si es fácil producirla en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Un miembro puede iniciar una solicitud de comunicación confidencial por escrito al plan de salud o por transmisión electrónica. Una solicitud de comunicación confidencial será implementada por el asegurador de salud dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de una transmisión electrónica o



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

solicitud telefónica o dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción por escrito por correo de primera clase.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos mencionados a continuación, no compartimos su información de salud personal (Personal Health Information, PHI) con ninguna persona que no le brinda atención ni paga por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso 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 las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar su PHI si lo ordena un tribunal, pero sólo si lo permite la ley de California.
- Debemos entregar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Si compartimos su información con Medi-Cal, también se hará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal (Personal Health Information, PHI) con otras personas y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red, sus derechos y responsabilidades como miembro, y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, disponemos de servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 servicio es gratuito para usted. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande, braille o audio. Puede obtener gratuitamente este manual en los siguientes idiomas:

- Hmong
- Español

Llame a Servicios para los miembros: si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por miembros
 - cómo dejar de participar en nuestro plan
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte el **Capítulo 3** y el **Capítulo 4** de su *Manual para los miembros*) y medicamentos (consulte el **Capítulo 5** y el **Capítulo 6** de su *Manual para los miembros*) cubiertos por nuestro plan



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- límites de su cobertura y medicamentos
- normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9, Sección D** de su *Manual para los miembros*), incluso solicitarnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - modifiquemos una decisión que hayamos tomado
 - paguemos una factura que recibió

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle de manera directa

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo o cobrarle si pagamos menos de lo que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7, Sección A** de su *Manual para los miembros*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10, Sección C** de su *Manual para los miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos con receta.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la 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 participar en las decisiones

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a recurrir a otro médico antes de decidir un tratamiento.
- **Rechazar.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos recetados, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos recetados, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Pedir que le expliquemos por qué un proveedor le ha denegado la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le ha denegado la atención médica que usted cree que debería recibir.
- **Pedir que cubramos un servicio o medicamento que hemos denegado o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. El **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que eso le ocurra a usted, puede:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.**
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que se utiliza para dar instrucciones se denomina “instrucción anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas, que tienen distintos nombres. El testamento vital y el poder de representación para la atención médica son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Usted no está obligado a utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede solicitarlo a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios jurídicos o a un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Le recomendamos que pida ayuda a un abogado o a alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, para completarlo.
- **Entregarles copias a las personas que deban saberlo.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene una instrucción anticipada firmada y si la lleva con usted.
 - Si usted no tiene una instrucción anticipada firmada, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Que se incluya su instrucción anticipada en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.
- Ser informado sobre los cambios en las leyes sobre instrucciones anticipadas. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le informará los cambios en la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones incluidas en estas, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

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 presentar quejas y pedirnos reconsiderar nuestras decisiones

Capítulo 9, Sección D de su *Manual para los miembros* le indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para los miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato que no ha sido imparcial o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que no le hemos tratado con imparcialidad, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Manual para los miembros*, o desea más información acerca de sus derechos, puede llamar:

- A Servicios para los miembros.
- A California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para obtener más detalles acerca del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), consulte el **Capítulo 2, Sección C**.
- Al Programa del defensor al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles acerca de este programa, consulte el **Capítulo 2, Sección I** de su *Manual para los miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- A Medicare 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. (Usted también puede leer o descargar “Derechos y Protecciones de Medicare” (“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 la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros.

- **Lea este *Manual para los miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 3 y el Capítulo 4** de su *Manual para los miembros*. En estos capítulos se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que tiene que seguir y lo que tiene que pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte el **Capítulo 5 y Capítulo 6** de su *Manual para los miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para los miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Facilíteles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), las vitaminas y los suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos de tratamiento que usted y su médico acuerden.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.

- **Colabore con su coordinador de atención**, incluida la realización de una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA).
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio del médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección E2**, para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si tiene previsto mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para los miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo pueden ser miembros de este plan las personas que viven en nuestra área de servicio. El **Capítulo 1, Sección D** de su *Manual para los miembros* brinda información sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a informarse si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2, Sección G y Sección H** de su *Manual para los miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda, pero permanece en nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de ponernos en contacto con usted.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

J. Su derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos de nuestros miembros y las políticas de responsabilidades

Si tiene alguna pregunta o inquietud, o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política sobre los derechos de los miembros, comuníquese con nosotros a Servicios para los miembros.

K. Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, fármacos, productos biológicos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son nuevas aplicaciones de procedimientos, fármacos, productos biológicos y dispositivos existentes. Nuestro plan sigue las determinaciones de cobertura nacionales y locales de Medicare cuando procede.

En ausencia de una determinación de cobertura, nuestro plan evalúa las nuevas tecnologías o las nuevas aplicaciones de 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 valoración crítica de la literatura médica actual publicada 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 demuestren su inocuidad y eficacia y revisión de directrices basadas en pruebas elaboradas 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 las Sociedades de Especialidades Médicas, paneles de consenso u otras organizaciones de investigación o evaluación de tecnologías reconocidas a nivel nacional, informes y publicaciones de organismos gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y los Institutos Nacionales de Salud (NIH)).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dice que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja sobre sus servicios y apoyos a largo plazo, entre los que se incluyen los Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los servicios en centros de atención de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Este capítulo se encuentra en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene algún problema con la atención que recibe, puede llamar al Programa del defensor de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 para solicitar ayuda.** En este capítulo se explican las distintas opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del defensor para que le orienten sobre su problema. Si desea conocer otros recursos para abordar sus inquietudes y las formas de ponerse en contacto con ellos, consulte el **Capítulo 2, Sección I** de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	223
A1.	Acerca de los términos legales.....	223
B.	Dónde puede conseguir ayuda	223
B1.	Obtener más información y ayuda.....	223



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- C. Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan 225
- D. Problemas con sus beneficios 225
- E. Decisiones de cobertura y apelaciones 226
 - E1. Decisiones de cobertura 226
 - E2. Apelaciones 227
 - E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones..... 227
 - E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle..... 228
- F. Atención médica..... 229
 - F1. Cómo utilizar esta sección..... 229
 - F2. Solicitar una decisión de cobertura..... 230
 - F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1..... 232
 - F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2..... 236
 - F5. Problemas de pago..... 242
- G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare 243
 - G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare 244
 - G2. Excepciones de la Parte D de Medicare..... 245
 - G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 246
 - G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 247
 - G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1..... 249
 - G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2..... 252
- H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada 254
 - H1. Conozca sus derechos de Medicare 254
 - H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1..... 255
 - H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2..... 257
- I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos 258
 - I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura 259
 - I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1..... 259
 - I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2..... 261
- J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2..... 262
 - J1. Próximos pasos para artículos y servicios de Medicare..... 262
 - J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal..... 263
 - J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 263
- K. Cómo presentar una queja..... 265



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas	265
K2. Quejas internas.....	267
K3. Quejas externas.....	268



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso a utilizar dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también llamadas reclamos.

Para garantizar justicia y rapidez, cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

A1. Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas normas y plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender. Utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales, cuando esto es posible. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficio”, “determinación de riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” (Independent Review Organization, IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde puede conseguir ayuda

B1. Obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico

Usted puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

ayudarle a entender qué hacer con su 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 del defensor de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa del defensor de Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) y hablar con un defensor sobre sus dudas acerca de la cobertura de salud. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa del defensor no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-855-501-3077 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de recibir ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El Defensor de la Atención Administrada (Managed Care Ombudsman) de Medi-Cal para el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California puede ayudar. Pueden ayudarle si tiene problemas para inscribirse, cambiar o dejar de participar en un plan de salud. También pueden ayudarle si se ha mudado y tiene problemas para que le transfieran Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al defensor 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 (Department of Managed Health Care, DMHC) de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC se encarga de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden utilizar el número gratuito TDD, **1-877-688-9891**. También puede consultar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-833-236-2366 (TTY:711)** y utilizar el procedimiento de reclamos de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no prohíbe



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo que implique una emergencia, un reclamo que no haya sido resuelto satisfactoriamente por su plan de salud o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones de cobertura tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también dispone de un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del Departamento, www.dmhc.ca.gov, dispone de formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. A veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces 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 proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para los problemas o quejas.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si determinada atención (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.

Sí.	No.
Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.
Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que usted recibe atención médica de su parte (consulte el **Capítulo 7, Sección C** de su *Manual para los miembros*).

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura. Usted o su médico puede no estar seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si podríamos rehusarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medi-Cal para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a lo que tomaron una decisión desfavorable.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o, si sufre dolores intensos y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) en www.dmhca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante en este capítulo, **Sección F2** y **Sección F3**, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o “una apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de la atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de la Parte D de Medicare o con un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indicará cómo 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 Medi-Cal, la carta le informará sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para los miembros** en los números que aparecen al final de la página.
- **Programa del defensor de Medicare Medi-Cal, llamando al 1-855-501-3077.**



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- **Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**, llamando al 1-800-434-0222.
- **El Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC)** de para obtener ayuda gratuita. El DMHC se encarga de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden utilizar el número TDD gratuito, 1-877-688-9891. También puede consultar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, **pero no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le prestarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de oficio del Programa del defensor de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Servicios para los miembros a los números que aparecen al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario visitando 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>. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos los detalles de cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos” (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.

F. Atención médica

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención.

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica los cuales se describen en el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*. En algunos casos pueden aplicarse normas distintas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las normas para los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

En esta sección se explica qué puede hacer en cualquiera de las situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**

2. No hemos aprobado la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**

3. Ha recibido atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**

4. Recibió y pagó atención médica que pensaba que cubríamos y quiere que se la reembolsemos.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**

5. Le hemos reducido o suspendido la cobertura de cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión puede perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las otras situaciones que impliquen la reducción o interrupción de la cobertura de determinada atención médica, utilice la (**Sección F**) como guía.

6. Está sufriendo retrasos en la atención o no encuentra un médico.

Qué puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante puede solicitar una decisión de cobertura:

- llamando al: 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y 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: 1-844-222-3180.
- escriba a: Medical Management
4191 E. Commerce Way
Sacramento, CA 95834

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos el plazo “estándar”, a no ser que aceptemos usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Artículo o servicio médico en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Para los planes Knox-Keene, en un plazo de 5 días hábiles, y a más tardar dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicita tomar una decisión de cobertura rápida sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud, o antes si su afección médica requiere una respuesta más rápida.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el pago de artículos y/o servicios médicos que ya haya recibido.
- Utilizar los plazos estándares **podría afectarle la salud de forma grave** o perjudicar su capacidad física.

Automáticamente, le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si nos pide la decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que se lo explique y que le explique que usaremos los plazos estándares. La carta le explica lo siguiente:
 - Le proporcionaremos automáticamente la cobertura de decisión rápida si su médico la pide.
 - Le indica cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** de este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que nos hemos equivocado, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión.
- Si decide presentar una apelación, pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si usted solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros llamándonos al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 por escrito o llamándonos al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 otra persona autorizada a dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que tenga que nombrarle como representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarle. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [o en



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

nuestro sitio web en <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html>.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Rechazamos su solicitud, y
 - Le enviamos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en el plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence el plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son que haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que no recibió, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere.

Si usted lo solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidimos si le concedemos una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta en la que se lo comunicamos y utilizamos en su lugar los plazos estándar. En la carta se le informa:
 - Que le concedemos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que vamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra más tarde.
 - Si usted cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si cumplimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación, o antes si su salud exige una respuesta más rápida**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le informamos sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar usted mismo una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto se cumpla el plazo. En California, la Audiencia estatal se denomina **Audiencia estatal**. *Para solicitar una Audiencia estatal, consulte la Sección F4.*

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación, o antes si su salud lo exige.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Para una apelación estándar se aplican ciertos plazos.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación para la cobertura de los servicios que no ha recibido.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no recibía, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le informamos sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar usted mismo una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto se cumpla el plazo. En California, la Audiencia estatal se denomina **Audiencia estatal**. *Para solicitar una Audiencia estatal, consulte la Sección F4.*

Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o lo más rápido que su afección de salud lo exija y en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si **rechazamos** una parte o a la totalidad de lo que solicitó, **usted tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviamos una carta.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que hemos enviado su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dice si Medicare, Medi-Cal o ambos programas, por lo general, cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por **Medicare**, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo en la **Sección I2**.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto **tanto por Medicare como por Medi-Cal**, usted obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia estatal y una Revisión médica independiente ante el estado. Sin embargo, no podrá solicitar una Revisión médica independiente si ya ha presentado pruebas en una Audiencia estatal.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto solo por Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente que contrata Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, que a veces se denomina “**IRE**” (del inglés “**Independent Review Entity**”).

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “archivo de caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su archivo de caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, automáticamente se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de recibir su apelación.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, automáticamente se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico, la IRO debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la IRO debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos implementar la decisión en forma inmediata:
 - Autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio en un plazo de **5 días hábiles** después de recibida la decisión de la IRO para las **solicitudes estándares, o**



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Proporcionar el servicio **en un plazo de 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 para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **Dentro de las 72 horas** después de recibida la decisión de la IRO para las **solicitudes estándares, o**
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **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 ella) para la cobertura de atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso reúne los requisitos, usted puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, el total es de cinco niveles.
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. Consulte la **Sección J** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medi-Cal suele cubrir

Existen dos formas de presentar una apelación sobre los servicios o artículos de Medi-Cal de Nivel 2: (1) Presentación de una queja o Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) o (2) Audiencia estatal.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) del Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California. Cuando presente una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Se puede solicitar una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la decisión de la IMR es favorable para usted, debemos proporcionarle el servicio o artículo que solicitó. Usted no paga nada por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Rechaza, modifica o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.
- Cuestiona si un servicio o procedimiento quirúrgico era de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted haya recibido.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario para apelaciones estándar o de 72 horas, o antes, para una apelación rápida, si su salud lo requiere.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero no recibimos su formulario de Nombramiento de representante, usted deberá volver a presentar su apelación ante nosotros antes de poder 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, que incluya, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.

Usted tiene derecho a una IMR y a una Audiencia estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó pruebas en una Audiencia estatal o tuvo una Audiencia estatal sobre el mismo asunto.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 232 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue rechazado por ser experimental o de investigación, no tiene que pasar por nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si sufre un dolor intenso, puede acudir de manera inmediata al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a la fecha en la que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después del plazo de 6 meses si hay una razón válida como, por ejemplo, una afección médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o que no haya recibido de nosotros un aviso adecuado sobre el proceso de IMR.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Para solicitar una IMR:

- Complete el Formulario de queja/Solicitud de Revisión médica independiente que está disponible 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.
- Si los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo 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 cualquier documento adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241
- También puede presentar su Formulario de queja/Solicitud de Revisión médica independiente y el Formulario de asistente autorizado en línea en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx.

Si reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario, donde le informará que reúne los requisitos para una IMR. Una vez recibida su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 30 días calendario. Debe recibir la decisión de la IMR en un plazo de 45 días calendario a partir de la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días calendario, donde le informará que reúne los requisitos para una IMR. Una vez recibida su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de la IMR se tomará en un plazo de 3 días calendario. Debe recibir la decisión de la IMR en un plazo de 7 días calendario a partir de la presentación de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede solicitar una Audiencia estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o del médico a cargo de su tratamiento. Si usted está utilizando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe los registros médicos que ese médico tenga de



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

usted. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus registros médicos de médicos que están dentro de la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse en un plazo de 30 días calendario a partir de la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio o artículo que usted ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos **tiene 120 días para solicitar una Audiencia estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de “Carta de Decisión de apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia estatal porque le hemos comunicado que se va a modificar o suspender un servicio que usted recibe actualmente, **tiene menos días para presentar su solicitud** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras esté pendiente su Audiencia estatal. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante una apelación de Nivel 2?” en la página 236 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia estatal” en el reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida contra usted, el (los) programa(s) de ayuda implicado(s) y una razón detallada por la que desea una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al Departamento de bienestar social del condado, en la dirección que figura en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
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 solicitar una Audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

La División de Audiencias Estatales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales **acepta** una 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** después de recibida su decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia estatal es **rechazar** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 fue enviada a la **Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO)**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que solicita alcanza cierto monto mínimo. La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. **La carta que reciba de la IRO le explica otros derechos de apelación que podría tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. Usted no debe pagar la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si cumplió las normas para obtener los servicios o el artículo.

Para más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para los miembros*. Allí se describen situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Comprobaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las normas para el uso de su cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si el servicio o artículo que ha pagado está cubierto y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos a su proveedor el pago por el servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más de los 60 días calendario después de recibida su solicitud. Su proveedor le enviará entonces el pago.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **hemos aceptado** su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no ha seguido todas las normas, le enviaremos una carta comunicándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que usted ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Le enviaremos una carta si esto ocurre.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si su apelación **es aceptada** en cualquier fase del proceso de apelaciones que sea posterior al Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con que no aprobemos su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación". Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de ellos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

que la Parte D de Medicare no cubre, que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección se aplica solo a las apelaciones para medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección diremos “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5, Sección B3** de su Manual para los miembros.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluso que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o que
 - Dejemos de lado una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, si está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina una **“determinación de cobertura”**.

- Usted nos pide que paguemos por un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. La siguiente tabla le puede ayudar.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Empiece con la Sección G2, luego consulte la G3 y G4.</p>	<p>Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la G4.</p>	<p>Quiere pedirnos que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya ha recibido y pagado.</p> <p>Puede pedirnos que le reembolsemos lo que pagó. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la G4.</p>	<p>Le hemos comunicado que no cubriremos o no pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que usted nos pide una reconsideración).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>
--	---	--	--

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la forma que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*

- No puede obtener una excepción para el monto de copago requerido por el medicamento.

2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5, Sección C** de su *Manual para los miembros* para obtener más información).
- Entre las normas y restricciones adicionales aplicables a determinados medicamentos figuran las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto suele denominarse “autorización previa” (Prior Authorization, PA).
 - Que se le exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”.
 - Límites en la cantidad. Para ciertos medicamentos hay restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si **aprobamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente es válida hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-236-2366 (TTY: 711), o escriba o envíe un fax a nuestro plan. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto y la información de la reclamación.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o alguien que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo hacer para nombrar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para los miembros*.
- Si solicita una excepción, proporcione una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye el motivo médico por el cual su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la excepción.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo. También pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándares” a menos que acordemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede solicitar una decisión de cobertura rápida si:

- No recibió un medicamento. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Recurrir a los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.

Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estaremos de acuerdo y se la daremos. Le enviaremos una carta que se lo explica.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si podrá obtener una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviaremos una carta que le informa que usaremos el plazo estándar. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explique los motivos. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo para una excepción de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explique los motivos. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una cobertura de decisión estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsamos el costo en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explique los motivos. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama "**redeterminación**" del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o **apelación rápida** llamando al 1-833-236-2366 (TTY:711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas). Incluya su nombre, datos de contacto e información relativa a su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son que haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su recurso. Usted y su médico también pueden darnos más información para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

La apelación rápida también se denomina "**redeterminación acelerada**".

- Si apela una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que no ha obtenido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a estudiar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si cumplimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
 - Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Entonces la revisa una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no ha obtenido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no ha obtenido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Entonces la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **no después de 7 días calendario** de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Entonces la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicándole los motivos e indicándole cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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, utilizará el proceso de apelaciones correspondiente a apelaciones de Nivel 2. La **Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO)** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces se la denomina “**IRE**” (del inglés Independent Review Entity).

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su archivo de caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del archivo de su caso, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY:711).
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para sustentar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben comunicarle su respuesta en **un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura para medicamentos **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no puede presentar otra apelación. En este caso la decisión de Nivel 2 es final. La IRO le enviará una carta en la que le indicará el valor en dólares mínimo necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, 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 detallada sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y 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** de su *Manual para los miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la "fecha del alta".
- Su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de dejar el hospital, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le informa cómo hacerlo.

Además de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) una Revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregará un aviso por escrito denominado "An Important Message from Medicare about Your Rights" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea atentamente el aviso** y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le dan de alta demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo ha recibido y que conoce sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. La firma **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Conserve una copia** del aviso firmado para disponer de la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le den de alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llama a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llama a Medicare 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.
- Visita el sitio web www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

La Organización para la mejora de la calidad (QIO) es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos controlan y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Livanta - California's Quality Improvement Organization. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 711). La información de contacto también se encuentra en el aviso "An Important



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Message from Medicare about Your Rights” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y no después de la fecha prevista del alta.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para la mejora de la calidad no atiende su solicitud de continuar su hospitalización, o si usted considera que su situación es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud o si sufre dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California una Revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.

Pida una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto 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 ocurre durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista del alta. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les han proporcionado el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha de alta prevista. En la carta también se explican las razones



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para los miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

En el plazo de un día completo tras obtener toda la información que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de los servicios de hospitalización finalizará al mediodía del día siguiente al que la QIO le dé la respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la QIO le dé la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que revise de nuevo la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura por la atención.

Los revisores de la QIO:

- Harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Le informarán de la decisión que tomen sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le dice lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) o solicitarle una Revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión médica independiente.

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador manejan las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos

Esta sección trata solo acerca de tres tipos de servicios que puede obtener:

- servicios de atención médica a domicilio
- servicios de atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada, **y**
- servicios de rehabilitación como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos comunicárselo **antes** de que finalicen. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagar por él.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** indica que ha recibido la información. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si cree que no cumplimos los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Contacte con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo ponerse en contacto con ella.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización

- Debe ponerse en contacto con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si la Organización para la mejora de la calidad no abordará su solicitud de continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica, o si usted considera que su situación es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud o si sufre dolor intenso, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California y solicitarle una Revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente.

El término legal para la notificación escrita es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare 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. O consiga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les ha proporcionado nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores comunican su decisión tras un día completo tras recibir toda la información necesaria.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Usted mismo paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presenta una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que revise nuevamente la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si sigue recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) una Revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para saber cómo



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

solicitar al DMHC una Revisión médica independiente. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente además de o en lugar de una apelación de Nivel 3.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. Consulte la **Sección J** para obtener información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2 por artículos o servicios de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del artículo o servicio de Medicare por el que apeló no cumple con un monto mínimo en dólares determinado, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que reciba de la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse 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 ante un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o mediador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del ALJ o mediador.
 - Si el ALJ o mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber concluido.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a usted a una apelación de Nivel 3, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.

Si el Consejo da una **respuesta negativa** o rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber concluido.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información y decidirá si **aceptar** o **rechazar** su solicitud. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias Estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que usted recibe para su



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse 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 ante un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber concluido.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información y decidirá si **aceptar** o **rechazar** su solicitud. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que se pueden administrar a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o un miembro del personal ha sido descortés con usted o le ha faltado al respeto. • Un miembro de nuestro personal le ha tratado mal. • Considera que le están alentando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia de idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • No puede tener acceso de manera física a los servicios y las instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para un idioma que no sea el inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla. • Tiene que esperar demasiado para que lo atiendan médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el personal de Servicio para los miembros u otros miembros del personal del plan.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la limpieza de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que no le enviamos un aviso o una carta que usted debería haber recibido. • Considera la información que le hemos enviado por escrito es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o las apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que no cumplimos los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Considera que, luego de haber recibido una decisión de cobertura o apelación favorable, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindar el servicio o para reembolsar ciertos servicios médicos. • Considera que no enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Usted puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y la revisa nuestro plan. Una queja externa se presenta ante



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicios para los miembros al número de teléfono impreso en la parte inferior de esta página.

El término legal para “queja” es “**reclamo**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**interponer un reclamo**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Usted puede presentar una queja en cualquier momento salvo que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla en un plazo de **60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

- Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- También puede enviarnos su queja por escrito. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito. Si presenta una queja por escrito (reclamo), o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario después de haber recibido su queja para informarle que la recibimos.

Debemos notificarle nuestra decisión con respecto a su queja tan rápido como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero nunca después de 30 días calendario de recibida su queja. En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina procedimiento de “queja rápida”. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de la Parte D de Medicare que se rechazaron.
- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su apelación de atención médica rechazada.
- Las quejas relacionadas con la Parte D de Medicare deben presentarse en un plazo de 60 días calendario después de que haya tenido el problema respecto del cual desea presentar la queja. Todos los demás tipos de quejas se deben presentar ante nosotros o el proveedor en cualquier momento a partir del día en que tuvo lugar el incidente o la acción que causó que usted no estuviera satisfecho.
- Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le concederemos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

De ser posible, le damos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado en el que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o una parte de la queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos independientemente de si aceptamos la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No necesita



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

presentar una queja ante Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Defensor de la Atención Administrada (Managed Care Ombudsman) de Medi-Cal para el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California. El DMHC se encarga de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para que le ayuden con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja relacionada con un asunto urgente o que implique una amenaza inmediata y grave para su salud, si sufre un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener la asistencia del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden utilizar el número gratuito de TTY, 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 (Office for Civil Rights, OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Human and Health Services, HHS) si considera que no ha sido tratado con imparcialidad. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso para personas discapacitadas o asistencia con el idioma. 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.

También puede comunicarse con la oficina OCR local:



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

Usted también puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y de la Ley Unruh de Derechos Civiles para obtener ayuda. Puede comunicarse con el Programa del defensor. El número de teléfono es 1-888-452-8609 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico, excepto días feriados.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2, Sección F** de su *Manual para los miembros*.

En California, la QIO se llama Livanta - California's Quality Improvement Organization. El número de teléfono de Livanta - California's Quality Improvement Organization es 1-877-588-1123 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja de participar en el plan, seguirá perteneciendo a los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	272
B.	Cómo cancelar la membresía en nuestro plan	273
C.	Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	273
C1.	Sus servicios de Medicare.....	274
C2.	Sus servicios de Medi-Cal	278
D.	Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	279
E.	Otras situaciones en las que debe cancelar su membresía en el plan.....	279
F.	Normas que no permiten pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	280
G.	Derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	281
H.	Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan.....	281



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Dado que tiene Medi-Cal, usted tiene algunas alternativas para finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los períodos que se indican a continuación.

- El **Período de inscripción anual**, que 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)**, que es del 1 de enero al 31 de marzo. Además, para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de inicio del derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes contado a partir del momento en que comenzó a tener este derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del siguiente mes.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o para Ayuda adicional cambió, o
- si acaba de ingresar, actualmente está recibiendo atención o acaba de salir de un centro de atención de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía se cancelará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura en nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja de participar en nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**.
- opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a: Servicios para los miembros al número que aparece al final de esta página. El número para usuarios de TTY también figura en la lista.

- Medicare 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.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), 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 buscar una oficina local del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (HICAP) en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/hicap/>. Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor de la Atención Administrada (Managed Care Ombudsman) de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o al correo electrónico MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está inscrito en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), quizás no pueda cambiarse de plan. Consulte el **Capítulo 5, Sección G3** de su Manual para los miembros para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, deberá solicitar la cancelación en nuestro plan. Puede solicitar la cancelación de dos formas:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para los miembros al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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 podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Si desea más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan, consulte la tabla que aparece en la página 274.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si decide dejar de participar en nuestro plan, tiene opciones para obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se incluye abajo durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de esas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Está destinado a las personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios a través de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.</p> <p>Nota: El término plan Medi-Medi es el nombre de los Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrados en California.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Para consultas relacionadas con el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 buscar una oficina local del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) en su área, visite https://www.aging.ca.gov/hicap/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará para que coincida con su plan Medi-Medi.</p>
--	--



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 buscar una oficina local del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) en su área, visite https://www.aging.ca.gov/hicap/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará.</p>
---	--



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea unirse.</p> <p>Solamente debe renunciar a la cobertura para medicamentos con receta si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 buscar una oficina local del HICAP en su área, visite https://www.aging.ca.gov/hicap/</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 buscar una oficina local del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) en su área, visite https://www.aging.ca.gov/hicap/. <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	---



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluidos el Período de inscripción anual y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage, u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Para consultas relacionadas con el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 buscar una oficina local del Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) en su área, visite https://www.aging.ca.gov/hicap/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
--	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal luego de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja de participar en nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos con receta y la atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para obtener atención médica.
- Use las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta. Esto ocurrirá aunque su nueva cobertura médica comience antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que debe cancelar su membresía en el plan

Estos son casos en los que debemos cancelar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para recibir Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican para Medicare y Medi-Cal. Nota: si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte la información que figura a continuación sobre el período de supuesta elegibilidad.
- El estado de California o Medicare cancelará su inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) y usted volverá a Medicare Original. Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, los CMS le inscribirán automáticamente en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si más adelante vuelve a reunir los requisitos para Medi-Cal y desea volver a inscribirse en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), tendrá que llamar al 1-833-236-2366, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Diga que quiere reincorporarse a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado o va a prisión por un delito penal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

El período de supuesta elegibilidad continua del plan es de seis meses. El período de supuesta elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que usted pierde su estado de persona con necesidades especiales.

No podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones, a menos que recibamos permiso de Medicare y Medi-Cal primero:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad en nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicaid haga que el Inspector general investigue su caso).

F. Normas que no permiten pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

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

G. Derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar también el **Capítulo 9, Sección K** de su *Manual para los miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre la cancelación de su membresía, puede llamar a Servicios para los miembros al número que aparece al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo presenta avisos legales correspondientes a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de su *Manual para los miembros*.

Índice

A.	Aviso sobre las leyes	283
B.	Aviso sobre no discriminación.....	283
C.	Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	284
D.	Aviso acerca de la recuperación de Medi-Cal sobre el patrimonio	285
E.	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)	285
F.	Tarjeta de miembro	288
G.	Contratistas independientes.....	288
H.	Fraude al plan de salud.....	288
I.	Circunstancias fuera del control de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).....	289



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

A. Aviso sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este *Manual para los miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque no estén incluidas ni explicadas en el *Manual para los miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni le tratamos de forma diferente por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, no excluimos ni tratamos de manera diferente a las personas debido a su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS), Oficina de Derechos Civiles 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 un reclamo por discriminación, llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 feriados del 1 de abril al 30 de septiembre su llamada puede ser respondida por nuestro sistema telefónico automatizado. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. También puede escribirnos a:

Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10198
Van Nuys, CA 91410-0198
www.wellcare.com/healthnetCA



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si su reclamo es por discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica, Oficina de Derechos Humanos por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar ni oír bien, llame al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, es otro quien debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare en los casos en los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

D. Aviso acerca de la recuperación de Medi-Cal sobre el patrimonio

El programa Medi-Cal debe procurar obtener el reembolso contra el patrimonio sucesorio de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal que recibieron al cumplir los 55 años de edad o con posterioridad. El reembolso incluye el pago por servicio y los pagos de primas/capitaciones de atención administrada por servicios en centros de atención de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos con receta relacionados recibidos cuando el miembro estaba ingresado en un centro de atención de enfermería o recibía servicios basados en el hogar y la comunidad. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio sucesorio del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación sobre el patrimonio del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

E. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Cuando sufre una lesión

Si alguna vez sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección como consecuencia de las acciones de otra persona, de una empresa o de usted mismo (“parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado a su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya prestado a través de este plan de acuerdo con la legislación estatal aplicable.

En esta disposición, el término “parte responsable” hace referencia a cualquier persona o entidad que sea real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye a la aseguradora de responsabilidad civil o de otro tipo de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría sufrir una lesión, enfermarse o desarrollar una afección como consecuencia de las acciones de una parte responsable incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra daños personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro individual (sobre la propiedad/persona del asegurado);
- Compensación laboral o liquidación o indemnización por incapacidad;
- Cobertura de pagos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro para propietarios de vivienda o de instalaciones o cobertura sombrilla;
- Cualquier acuerdo o sentencia recibidos de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que le reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios correspondientes a servicios cubiertos pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se identifiquen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense plena o totalmente por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de culpa por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No podrán deducirse honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de costos judiciales ni de honorarios de abogados correspondientes al abogado contratado para llevar adelante la reclamación o demanda contra cualquier parte responsable.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Medidas que debe tomar

Si sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección a causa de una parte responsable, usted debe cooperar con nuestro plan y/o con los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, lo que incluye:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si los conoce; el nombre y la dirección de su abogado; si recurre a un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.
- Completar cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor de tratamiento puedan requerir razonablemente para ayudar a aplicar el derecho de recuperación o retención.
- Responder con prontitud a las preguntas de nuestro plan o del proveedor de tratamiento sobre el estado del caso o la reclamación y sobre cualquier conversación relacionada con un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el derecho de retención por atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada, por una parte, responsable, independientemente de que se identifique específicamente como recuperación por gastos médicos e independientemente de que se le restablezca o compense plena o totalmente por su pérdida.
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según se establece anteriormente. Esto incluye, sin limitación, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su derecho de recuperación o de retención de primera prioridad.
- Conservar cualquier suma de dinero que usted o su abogado reciban de la(s) parte(s) responsable(s), o de cualquier otra fuente, en depósito, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el monto de la recuperación adeudada al plan tan pronto como se le pague a usted y antes del pago de cualquier otro posible titular de derecho de retención o tercero que reclame un derecho de recuperación.
- Se requiere que usted coopere con nosotros en lo que respecta a procurar obtener dichas recuperaciones o pagos excesivos.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

F. Tarjeta de miembro

La tarjeta de miembro emitida por nuestro plan en virtud de su Manual para los miembros es solo para fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios ni otros beneficios de su *Manual para los miembros*. Para tener derecho a servicios o beneficios en virtud de su *Manual para los miembros*, el titular de la tarjeta debe reunir los requisitos para la cobertura y estar inscrito como miembro en virtud de su *Manual para los miembros*. Toda persona que reciba servicios a los que no tenga derecho en virtud de su *Manual para los miembros* será responsable del pago de dichos servicios. El miembro debe presentar la tarjeta de miembro del plan, no la tarjeta de Medicare, en el momento de recibir el servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 necesita que le reemplacen la tarjeta de miembro.

Nota: Cualquier miembro que, a sabiendas, permita el abuso o uso indebido de la tarjeta de miembro puede ser dado de baja por causa justificada. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General de las cancelaciones de inscripción que se produzcan como consecuencia de un abuso o uso indebido de la tarjeta de miembro, lo que puede dar lugar a acciones penales.

G. Contratistas independientes

La relación entre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Wellcare by Health Net o CalViva Health, y ni Wellcare by Health Net o CalViva Health ni ningún empleado de Wellcare by Health Net o CalViva Health es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Wellcare by Health Net o CalViva Health será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de cualquier proveedor participante u otro proveedor de atención médica. Los médicos participantes, y no Wellcare by Health Net o CalViva Health mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Wellcare by Health Net y CalViva Health no son proveedores de atención médica.

H. Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB), o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea de ayuda contra el fraude de nuestro plan al 1-800-977-3565 (TTY: 711). La Línea de ayuda contra el fraude funciona durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

I. Circunstancias fuera del control de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

En la medida en que se produzca un desastre natural, guerra, disturbios, insurrección civil, epidemia, destrucción total o parcial de instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, incapacidad del personal médico importante, estado de emergencia u otros eventos similares fuera del ámbito de control de nuestro plan, que dé como resultado que las instalaciones o el personal de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no estén disponibles para proporcionar o coordinar servicios o beneficios según su *Manual para los miembros*, la obligación de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) de proporcionar dichos servicios o beneficios deberá limitarse al requisito de que Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar u organizar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en su *Manual para los miembros* junto con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, pónganse en contacto con Servicios para los miembros.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Actividades de la vida cotidiana (Activities of Daily Living, ADL): las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: una forma de impugnar las medidas que tomamos si usted cree que hemos cometido un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente es el área donde usted puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y que son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir servicios de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a los proveedores de la red debido al horario, lugar o sus circunstancias, o cuando no sea razonable obtener el servicio de proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita asistencia médica inmediata por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica).

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención en estos centros incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o si no continuaremos pagando por un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (Prior Authorization, PA): una aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o de usar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene primero la aprobación.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su *Manual para los miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de una sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un medicamento biológico que es muy similar, pero que no es idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y tan eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de su membresía puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios relacionados con la salud.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Centro de cuidados o de atención de enfermería: un centro que proporciona atención a personas que no pueden recibirla en su casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación tras una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que ofrece servicios de cirugía para pacientes externos a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare. El **Capítulo 2, Sección G** de su *Manual para los miembros* explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: una persona que es la responsable principal de trabajar con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos o el importe que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9, Sección E** de su *Manual para los miembros* explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor (Ombudsman): una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y pueden ayudarle a entender qué debe hacer. Los servicios de defensor son gratuitos. Puede encontrar más información en el **Capítulo 2, Sección I** y en el **Capítulo 9, Sección B** de su *Manual para los miembros*.

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC): el departamento estatal en California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza Revisiones médicas independientes (Independent Medical Reviews, IMR).

Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS): el departamento estatal en California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores decide si se cubren servicios o cuánto paga usted por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Capítulo 9, Sección D de su *Manual para los miembros* explica las decisiones de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida del feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención médica: consulte “Equipo interdisciplinario de atención médica”.

Equipo interdisciplinario de atención médica (Interdisciplinary Care Team, ICT) o

Equipo de atención médica: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores, u otros profesionales de la salud que le ayudarán a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME): ciertos artículos que su médico indica para su uso en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: médico que brinda servicios de atención médica en relación con una parte del cuerpo o enfermedad específica.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA): una revisión de su historial médico y su estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación inadecuada/inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más de nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para los miembros si recibe alguna factura que no entienda.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Como pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que aceptó surtir las recetas médicas de los miembros de nuestro plan. Las denominamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo cubrimos sus recetas médicas cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia especializada: consulte la **Capítulo 5, Sección A5** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

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 usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita con un diagnóstico de enfermedad terminal tienen derecho a elegir el hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención completa a la persona, incluyendo las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información de salud personal (también denominada Información de salud protegida) (Personal Health Information, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas y registros médicos. Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Juez administrativo: un juez que revisa una apelación de Nivel 3.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Límites en la cantidad: límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta y de medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si tiene que seguir alguna norma para recibir sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): un grupo de servicio o grupo de servicios distintivo ofrecido por proveedores de atención médica, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5, Sección G2** de su *Manual para los miembros* para obtener más información.

Manual para los miembros e información sobre divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusulas adicionales, que explican la cobertura que usted tiene, lo que debemos hacer, cuáles son sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: este es el nombre que recibe el programa de Medicaid del estado de California. Medi-Cal es administrado por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de atención a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si reúne los requisitos para recibir Medicare y Medi-Cal.

Medicaid (o asistencia médica): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de atención a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Medicamento necesario: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica o bien, para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados. Medicamento necesario hace referencia a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y son necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades graves o discapacidades, o para aliviar el dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía que originariamente fabricó dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más económico e igualmente efectivo que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta y de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC): los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de salud administrado (consulte "Plan de salud").

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): una persona con 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

Organización de revisión independiente (IRO): una 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 determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

modificada. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es la **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE)**.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. El gobierno federal paga a las QIO para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2, Sección F** de su *Manual para los miembros* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): el gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: término que se utiliza cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es ingresado formalmente, aún puede ser considerado como un paciente externo y no como un paciente internado, incluso si pasa una noche hospitalizado.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguro médico proporcionar los beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, denominamos a este programa “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. También se denomina “persona con doble elegibilidad” a la persona inscrita en Medicare-Medicaid.

Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP, o Plan de atención): un plan que establece qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos de atención a largo plazo.

Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado”.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las denomina personas con doble elegibilidad y beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE).

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Plan Medi-Medi: un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Está destinado a personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un único plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios comprendidos en ambos programas, lo que incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Planes Medi-Cal: planes que solo cubren beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos de atención a largo plazo, equipos médicos y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, 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. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Programa de administración de medicamentos (Drug management program, DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia.

Programa de asesoramiento y defensa del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): programa que proporciona información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2, Sección C** de su *Manual para los miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): un programa que ayuda a que las personas elegibles que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE): programa que cubre conjuntamente los beneficios de Medicare y Medicaid para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Programa de pedido por correo: algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos con receta cubiertos, enviado directamente a su domicilio. Puede ser una forma económica y cómoda de obtener los medicamentos que toma con regularidad.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): un programa estructurado de cambio de la conducta de salud que brinda capacitación sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor que usted utiliza en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

- El proveedor de atención primaria también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe utilizar su proveedor de atención primaria antes de utilizar cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3, Sección D** de su *Manual para los miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos de atención a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está empleado, no es propiedad ni es operado por nuestro plan, y no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3, Sección D4** de su *Manual para los miembros* explica qué son los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: una declaración escrita u oral en donde usted dice que tiene un problema o una inquietud relacionada con la atención o los servicios cubiertos. Incluye cualquier preocupación sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

Real Time Benefit Tool (Herramienta de beneficios en tiempo real): portal o aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para la persona inscrita sobre los beneficios y medicamentos cubiertos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Reclamo: una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Remisión: una remisión es la aprobación otorgada por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o por nosotros para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Si usted no obtiene primero la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Usted no necesita una remisión para utilizar determinados especialistas, como especialistas en la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en el **Capítulo 3, Sección B** y el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros*.

Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR): si denegamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema se refiere a un servicio de Medi-Cal, incluyendo suministros y medicamentos para equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), puede solicitar una Revisión médica independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es favorable para usted, debemos proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. No tiene que pagar ningún costo por una IMR.

Salud conductual: es un término que engloba todos los servicios de salud mental y de trastorno por el consumo de sustancias.

Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS): programa de servicios para pacientes externos, basado en un centro, que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, capacitación y apoyo a la familia/el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros elegibles que cumplan con los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos de atención a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de apoyo a domicilio (IHSS): el Programa de Servicios de apoyo a domicilio le ayudará a pagar los servicios proporcionados para que pueda permanecer en su propio domicilio de forma segura. Los IHSS son una alternativa a la atención fuera del hogar, como centros de cuidados o residencias con servicio de alojamiento y comidas. Los siguientes tipos de servicios se pueden autorizar a través de IHSS: limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

personal (incluyendo asistencia con el cuidado de intestinos y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado son responsables de administrar IHSS.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el **Capítulo 4, Sección D** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: servicios no cubiertos por este plan de salud.

Servicios opcionales del plan de atención (CPO Services): servicios adicionales que son opcionales bajo su Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP). Estos servicios no están destinados a reemplazar los servicios y apoyos de atención a largo plazo que tiene autorización para recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para los miembros: un departamento en nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2, Sección A** de su *Manual para los miembros* para obtener más información sobre Servicios para los miembros.

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA, agresión sexual y abortos, trastorno por el consumo de sustancias, cuidado para afirmación de género y violencia en las relaciones de pareja.

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-term services and supports, LTSS): los Servicios y apoyos de atención a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su domicilio para que no tenga que ir a un centro de atención de enfermería o a un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios comunitarios para adultos (Community Based Adult Services, CBAS), también conocidos como cuidados de salud diurnos para adultos, Centros de atención de enfermería (Nursing Facilities, NF) y Apoyos comunitarios. Los Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS) y los programas de exención 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se prestan fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tratamiento escalonado: norma de cobertura que le obliga a probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.

Notificación de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health 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 in partnership with CalViva Health 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 in partnership with CalViva Health llamando al **1-833-236-2366**. 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 in partnership with CalViva Health
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-833-236-2366 (TTY: 711)

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health 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 in partnership with CalViva Health 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 in partnership with CalViva Health e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** visite el sitio web de Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health 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>**.

Servicios para los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

LLAME AL	1-833-236-2366 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 los días feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que le responda nuestro sistema telefónico automatizado. Informe su nombre y número de teléfono, y le responderemos en el plazo de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 los días feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que le responda nuestro sistema telefónico automatizado. Informe su nombre y número de teléfono, y le responderemos en el plazo de un (1) día hábil.
ESCRIBA A	Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658
SITIO WEB	www.wellcare.com/healthnetCA



Si tiene preguntas, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite www.wellcare.com/healthnetCA.