



2026 Resumen de beneficios

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 009 | 000

Sabemos lo importante que es tener un plan de salud con el que pueda contar.

Este es un resumen de medicamentos y servicios de salud cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) del 1 de enero, 2026 al 31 de diciembre 2026.

Este folleto le proporciona información en resumen de lo que cubrimos y de lo que a usted le corresponde pagar. No incluye todos los servicios, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de los servicios en la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan. También puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en go.wellcare.com/HealthNetCA. Para solicitar una copia, llame al 1-844-480-0680 (TTY 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Quién puede ingresar?

Este es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Needs Plan, D-SNP) para personas que tienen Medicare y California Medi-Cal (Medicaid).

Para ingresar a este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que California Medi-Cal (Medicaid) u otro tercero la pague por usted. Debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid o Medicare bajo Medicaid.

Para inscribirse en este plan debe ser elegible para el siguiente Programa de ahorros de Medicare:

H3561009000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) - FBDE, QMB+, SLMB+

Consulte la sección “Niveles del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP)” que se encuentra a continuación para consultar una descripción de todos los niveles de MSP.

Comuníquese con el plan para obtener más información.

Áreas de servicio del plan:

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Imperial, Kern, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, y San Francisco.

Acerca de este plan & cómo obtener atención

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

Nuestro(s) plan(es) le brinda(n) acceso a nuestra red de proveedores médicos especializados disponibles en su área. Puede elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)

para que trabaje con usted y coordine su atención. **Tenga presente** que, si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) autoricen el uso de proveedores fuera de la red.

Los medicamentos de la Parte D están cubiertos. Usted tiene acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Nuestro(s) plan(es) usa(n) a *un formulario*. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección exhaustiva de medicamentos genéricos y de marca de bajo costo.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague dichos servicios.

Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa proveedores de la red del plan. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias en go.wellcare.com/2026providerdirectories. El formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D) completo de nuestro plan está en nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-6714.

Cubrimos los servicios y artículos que figuran en este documento y en la Evidencia de Cobertura si es que son médicamente necesarios.

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

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

Qué es la doble elegibilidad

Los Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, DSNP) son planes especializados de Medicare Advantage que proporcionan beneficios de salud a los beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de Medicaid son valiosos porque el estado proporciona cobertura médica adicional y apoyo financiero según su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). La cobertura de Medicaid varía

según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que están cubiertos a través de Medicaid, pero no por Medicare.

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

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

Nota: Algunos niveles del Programa de Ahorros de Medicare (MSP) automáticamente califican para Ayuda adicional para asistencia con la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Algunos estados no cubren el costo compartido de las Partes A y B.

¿Qué es Ayuda adicional?

Es posible que haya disponible un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), también conocido como “Ayuda adicional”, para ayudarle con los gastos de bolsillo de la Parte D, como las primas, los deducibles, el coseguro o los copagos. Muchas personas reúnen los requisitos para el programa de Ayuda adicional y ni siquiera lo saben. Tenga en cuenta que la asistencia también puede depender de su nivel del Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) y de su condición de elegible doble.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al número que aparece en la contratapa de este documento.

Estos son servicios que no están cubiertos por nuestro plan, pero que están disponibles a través de California Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información, consulte la Sección de Beneficios de Medi-Cal cubiertos fuera de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) que figura más adelante en este documento.

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
<i>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</i>	
Prima mensual del plan (incluye tanto servicios médicos como medicamentos)	\$0 Dado que usted recibe Ayuda adicional, la prima de su plan se paga en nombre de usted. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, si de alguna forma no lo paga California Medi-Cal (Medicaid) o un tercero.
Deducible	No hay deducible
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) (no incluye medicamentos con receta)	\$9,250 por año Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. ■ *
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$0 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos. ■ *
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$0 de copago por servicios de observación para pacientes externos. ■

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. ▪ *
Consultas con el médico Proveedores de atención primaria	\$0 de copago
Especialistas	\$0 de copago ▪ *
Cuidado preventivo (p. ej., consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (mamografía), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe/influenza, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo, vacunas contra COVID))	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$0 de copago

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Cobertura de emergencias en todo el mundo	<p>\$115 de copago</p> <p>Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura en todo el mundo para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.</p>
Servicios de urgencia	\$0 de copago
Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	<p>\$115 de copago</p> <p>Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago <u>no</u> se elimina si lo admiten en un hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.</p>
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	
Servicios de laboratorio	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
Radiografías para pacientes externos	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías axiales computarizadas (CAT Scan))	\$0 de copago ▪ *
Radiología terapéutica	\$0 de copago ▪ *
Servicios auditivos	
Examen de audición cubierto por Medicare	\$0 de copago *
Examen auditivo de rutina	\$0 de copago * 1 examen (exámenes) cada año
Audífonos	
Evaluaciones/Adaptaciones de audífonos	\$0 de copago * 1 ajuste(s) /evaluación (evaluaciones) cada año
Asignación para audífonos Todos los tipos	Hasta \$350 de asignación por oído cada año para audífonos. \$0 de copago * Se limita a 2 audífono(s) cada año

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Información adicional sobre audición	<p>Qué debe saber</p> <p>Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare *</p>
<p>Revisiones dentales y cuidados preventivos</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Como miembro de Medi-Cal, usted tiene a su disposición muchos servicios dentales estándar a través del Programa dental de pago por servicio (Dental Fee-for-Service) de Medi-Cal; estos incluyen, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Restauraciones y coronas • Tratamiento de endodoncia • Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realinaciones <p>Los beneficios dentales están disponibles a través del Programa dental de pago por servicio (Dental Fee-for-Service) de Medi-Cal. Para obtener más información puede comunicarse con Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en SmileCalifornia.org para obtener más información.</p>
<p>Atención dental restaurativa y de emergencia</p>	<p>\$0 de copago *</p>

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
	<p>Atención dental restaurativa y de emergencia está disponible en el programa dental de Medi-Cal. Para más información puede visitar el sitio web en SmileCalifornia.org.</p> <p>Además del programa Medi-Cal Dental, el plan ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: las coronas están limitadas a dos por año calendario. Las coronas son un beneficio cubierto cuando se trata del mismo diente una vez cada cinco años calendario. • Prostodoncia, incluidas dentaduras postizas: los servicios cubiertos incluyen un rebase por año calendario. Para el reemplazo de los dientes y el acrílico de la dentadura es necesario que la dentadura actual tenga 5 años o más. Los pósticos se cubren una vez por diente cada cinco años calendario. <p>Puede requerirse una autorización previa.</p>
<p>Atención de la vista</p> <p>Exámenes de la vista Cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago por cada prueba de diagnóstico de retinopatía para personas con diabetes cubierta por Medicare o un examen de la vista para personas con diabetes</p> <p>\$0 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>*</p>
<p>Examen de la vista de rutina (Refracción)</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>*</p> <p>1 examen (exámenes) cada año</p>
<p>Prueba de detección de glaucoma</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>▪</p>

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto de rutina Lentes de contacto / Anteojos (marcos y lentes) / Marcos de anteojos Asignación para anteojos o lentes de contacto	\$0 de copago * Hasta \$100 de asignación combinado(a) para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente internado	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. ▪ *
Consulta para terapia individual como paciente externo	\$0 de copago ▪ *
Consulta para terapia grupal como paciente externo	\$0 de copago ▪ *
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Días 1-100: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por estadía ▪ *

Beneficio

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Servicios de terapia y rehabilitación	
Fisioterapia	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación para pacientes externos prestados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago ▪ *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$0 de copago ▪
Ambulancia	
Ambulancia terrestre	\$0 de copago *
Ambulancia aérea	\$0 de copago *
Servicios de transporte (transporte médico que no es de emergencia)	<u>Sin</u> cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago *
Insulina	\$0 de copago (máximo por mes) *

Beneficio

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000
Antígeno de alergia	\$0 de copago *

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000
Etapa 1: Etapa del deducible anual	
Si el plan cuenta con un deducible aplicable a los medicamentos de la Parte D, el deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, entre ellas la vacunas contra el herpes zóster y las vacunas para viajar.	
Deducible	Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga un deducible por los medicamentos de la Parte D. Esta etapa de pago no se aplica.
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)	
Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.	
Lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si su plan tiene un deducible).	
Lo que usted paga por insulina: Nivel 3: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible (si su plan cuenta con un deducible). Nivel 4: Usted no pagará más que el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro para hasta 1 mes, el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro para hasta 2 meses, o el monto menor de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, incluso si usted no ha pagado su deducible (si su plan cuenta con un deducible).	
Lo que usted paga por los medicamentos con de la Parte D: Su costo compartido que usted paga depende del nivel de Ayuda adicional.	

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)		
Costo compartido minorista (30 días / 100 días de suministro) Para conocer más detalles acerca de las descripciones de los niveles, consulte su Evidencia de Cobertura.		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
	Preferido	Estándar
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (continuación)		
Costo compartido de pedido por correo (100-días de suministro)		
	Preferido	Estándar
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$0 de copago	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65	Medicamentos genéricos: \$0 / \$1.60 / \$5.10 Medicamentos de marca: \$0 / \$4.90 / \$12.65
Nivel 5 (medicamentos especializados) Limitados a un suministro para 30 días	<u>No</u> está disponible	<u>No</u> está disponible
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000
Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	
Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada durante el resto del año calendario.	
	Usted ingresa a esta etapa después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos (entre ellos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen \$2,100.

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en otros niveles que no sean el Nivel 1 y el Nivel 2. Consulte el Formulario de este plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo (Long Term care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o bien, si el suministro en días que se ha recibido. Los medicamentos con receta de pedido por correo se dispensan en cantidades de 35 días o más.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana; o bien, puede visitar go.wellcare.com/CA-MPPP.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
<p>Nota: Los servicios que tienen un asterisco (*) podrían requerir una autorización previa. Los servicios que tienen un cuadrado (■) podrían requerir una remisión.</p>	
<p>Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
<p>Acupuntura Cubierta por Medicare</p>	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
<p>Servicios de podiatría (cuidado de los pies) con cobertura de Medicare</p>	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
<p>Consultas virtuales</p>	<p>\$0 de copago por servicios de consultas virtuales brindados a través del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan.</p> <p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
	<p>tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara.</p> <p>Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Lo que usted debe saber: El \$0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios de telemedicina de un proveedor de la red y no del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales, pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en la Evidencia de Cobertura (<i>por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP.</i>)</p>
Plataforma de apoyo social	<p>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea y en aplicación para apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas personalizadas y autoguiadas así como programas para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y apoyar su salud emocional y mental.</p> <p>Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos diseñados conforme a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de ingresar a comunidades sociales.</p> <p>Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee.</p> <p>Para obtener más información acerca de cómo tener acceso a la plataforma de apoyo social, consulte su Evidencia de Cobertura.</p> <p>\$0 de copago</p>
Agencia de atención médica a domicilio	<p>\$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ *

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
Equipo/Suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0 de copago *
Dispositivos protésicos	\$0 de copago *
Suministros para la diabetes	\$0 de copago * Para más información, limitaciones y exclusiones, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> .
Zapatos o plantillas para personas con diabetes	\$0 de copago *
Servicios del Programa de tratamiento para opioides	\$0 de copago ▪ *
Programas educativos sobre salud y bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de capacitación para el bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
Examen físico anual de rutina	\$0 de copago Lo que usted debe saber: El examen incluye un historial médico / antecedentes familiares en detalle y recomendaciones para pruebas de detección / atención de tipo preventivo.

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</p> <p>Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios para las personas que tienen una enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares, diabetes. Hay otras enfermedades elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar sobre la base de su enfermedad solamente. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de cobertura del plan.</p>	<p>Si es elegible, puede utilizar su asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® para los beneficios que se muestran a continuación. Una vez que se determine que cumple los requisitos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®.</p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en la bomba de combustible: Puede utilizar su tarjeta para pagar por combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora de pago en efectivo. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar combustible hasta el monto disponible de la asignación. • Alimentos saludables: Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos de abarrotes seleccionados. Se pueden hacer pedidos de comidas preparadas y prefabricadas a través del portal en línea. • Artículos de asistencia y seguridad del hogar: Puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de asistencia y seguridad del hogar. Puede utilizar su tarjeta para ayudar con el costo del control de plagas e insectos. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para comprar artículos aceptados y ver cuáles son los servicios elegibles. • Asistencia para el alquiler: Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler/la hipoteca de su casa. • Asistencia para los servicios públicos: Puede utilizar su tarjeta como ayuda para el costo de los servicios públicos de su hogar. Su tarjeta se puede utilizar para gastos de servicios públicos, incluidos agua, gas natural y combustible para calefacción, electricidad, recolección de basura, servicio de televisión por cable (se excluyen los

Beneficios adicionales

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000
	<p>servicios de transmisión en directo (streaming)), teléfono de línea fija o móvil e Internet.</p>
Wellcare Spendables®	<p>Usted recibirá \$71 mensualmente precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC, servicios dentales, de la vista y de la audición. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p> <p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)- Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o, en línea a través de su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los ejemplos de artículos cubiertos incluyen artículos de marca comercial y genéricos de venta libre, vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia y artículos para la diabetes.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición: Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición.</p> <p>Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.</p> <p><u>Si reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Asistencia y artículos de seguridad para el hogar • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
	<p>Consulte Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.</p> <p>Para obtener más información y conocer cuáles son las limitaciones y exclusiones, consulte su Evidencia de Cobertura.</p>
<p>Administración de la atención integral de California (California Integrated Care Management, CICM)</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros elegibles incluyen a los siguientes con base en los criterios establecidos por la Guía de pólizas para planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) de 2026 para California (CA 2026 DSNP Policy Guide)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos que experimentan falta de vivienda • Adultos en riesgo de utilización evitable de hospitales o departamentos de emergencia (Emergency Department, ED) • Adultos con necesidades por salud mental y/o trastorno por uso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) graves • Adultos en transición por encarcelamiento • Adultos que viven en la comunidad y están en riesgo de necesitar atención a largo plazo • Adultos que residen en un centro de atención de enfermería en transición a la comunidad • Mujeres adultas embarazadas o en período de posparto y que están sujetas a disparidades raciales y étnicas • Adultos con necesidades documentadas por demencia <p>Los miembros que sean identificados según los criterios establecidos en la Guía de pólizas para planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) de 2026 para California (CA 2026 DSNP Policy Guide) serán contactados de acuerdo con nuestro Modelo de cuidado (Model of Care, MOC)</p>

Beneficios adicionales

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009, 000	
	<p>para participar en el programa de Administración de la atención. El beneficio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en persona con base en la Guía de pólizas • Evaluación integral • Plan de atención individualizado • Coordinación de la atención • Colaboración y coordinación con organizaciones basadas en la comunidad • Miembros con demencia asignados a un especialista de atención de demencia • Coordinación con un miembro del Equipo interdisciplinario de atención médica (Interdisciplinary Care Team, ICT)
Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards)	<p>Con Mis recompensas de Wellcare (My Wellcare Rewards), usted puede ganar hasta \$100 al completar las actividades elegibles de salud y del portal a través de su portal para los miembros.</p> <p>Las recompensas se cargarán a su tarjeta Wellcare Spendables®.</p>

Declaración amplia por escrito para afiliados potenciales

Los beneficios descritos anteriormente en la sección Beneficios en este Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) planes. Para cada beneficio indicado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos conforme a nuestro plan puede depender de su nivel de elegibilidad para California Medi-Cal (Medicaid).

Beneficios de Medi-Cal cubiertos fuera de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) pero sí por Medi-Cal. Puede recibir estos servicios a través de un plan de atención administrada de Medi-Cal, el Estado (pago por servicio de Medi-Cal) o una agencia del condado. Esta no es una lista completa. Llamar a su plan al 1-800-431-9007, TTY:711 hablar con su representante de Servicios para los miembros puede ayudarle a coordinar los beneficios de Medi-Cal. El horario de atención es: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

California Medi-Cal (Medicaid): información de contacto

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero |
| <ul style="list-style-type: none"> Transporte |
| <ul style="list-style-type: none"> Beneficios de audición |
| <ul style="list-style-type: none"> Beneficios de la vista |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios comunitarios para adultos (Community Based Adult Services, CBAS) |
| <ul style="list-style-type: none"> Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) |
| <ul style="list-style-type: none"> Apoyos comunitarios |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS) |

<ul style="list-style-type: none">• Agencia de Servicios de Salud Conductual del condado
<ul style="list-style-type: none">• Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)
<ul style="list-style-type: none">• Los medicamentos con receta cubiertos por Medi-Cal Rx
<ul style="list-style-type: none">• Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS)
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos

Aviso sobre prácticas de privacidad

Una vez que usted se convierte en miembro de Wellcare By Health Net Wellcare By Health Net utiliza y divulga la información médica protegida y la información financiera personal no pública* de un miembro para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y cuando lo permita o lo exija la ley. Wellcare By Health Net proporciona a los miembros un Aviso sobre prácticas de privacidad que describe cómo utiliza y divulga la información de salud protegida; los derechos de la persona a tener acceso, solicitar modificaciones, restricciones y un informe de las divulgaciones de la información de salud protegida; y los procedimientos para presentar reclamaciones. Wellcare By Health Net le proporcionará la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de su información para divulgaciones no rutinarias, como de mercadotecnia. Wellcare By Health Net proporciona acceso a los miembros para inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida del miembro en conjuntos de registros designados mantenidos por Wellcare By Health Net. Wellcare By Health Net protege la información oral, escrita y electrónica en toda la organización mediante el uso de salvaguardas de seguridad razonables y apropiadas. Estas salvaguardas incluyen limitar el acceso a la información de salud protegida de un individuo solo a aquellos que tienen una necesidad de conocerla con el fin de realizar el pago, el tratamiento, las operaciones de atención médica o cuando sea permitido o requerido por la ley. El Aviso sobre prácticas de privacidad completo de Wellcare By Health Net se puede encontrar en go.wellcare.com/HealthNetCA bajo "Privacidad" o bien, puede llamar al Centro de atención al cliente al número de teléfono que se encuentra en la contratapa de este folleto para obtener una copia.

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

Nondiscrimination Notice

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

Wellcare By Health Net provides:

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

If you need these services, contact Wellcare By Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

1-800-431-9007 (TTY: 711)

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare By Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with the 1557 Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare By Health Net's 1557 Coordinator by calling **1-855-577-8234**, Monday - Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. ET, or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631
- **By fax:** **1-866-388-1769**
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare By Health Net and say you want to file a grievance.

- **Electronically:** Visit Wellcare By Health Net's website at go.wellcare.com/HealthNetCA.
- **By Email:** SM_Section1557Coord@centene.com

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

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

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

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

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

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

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

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

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は1-800-431-9007（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007（TTY：711）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 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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

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

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

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

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

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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..

Cómo entender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/HealthNetCA o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención: domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m..
- Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir otro médico.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo comprender las normas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero 2027.
- Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, su plan actual con cobertura para atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura se podría ver afectada una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, quizás desee cancelar su póliza Medigap porque estaría pagando por cobertura que no puede utilizar. Si tiene un plan del Mercado (Marketplace), necesitará comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, podría estar pagando por cobertura que no puede utilizar y es posible que haya multas en su siguiente devolución de impuestos.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (proveedores que no figuran en el Directorio de proveedores).
- Este es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

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

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación de atender a los miembros del plan, salvo en situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro Servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llamada gratuita al 1-844-480-0680 (TTY: 711). Es posible que un agente con licencia conteste su llamada.



Horario de atención

Domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.



En línea

go.wellcare.com/HealthNetCA