RESUMEN DE BENEFICIOS

202

WELLCARE PRIME BY
ABSOLUTE TOTAL CARE
(MEDICARE-MEDICAID PLAN)



Healthy Connections PRIME



Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Wellcare Prime. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y los servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de Wellcare Prime. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

Índice

Α.	Descargos de responsabilidad	2
	Preguntas frecuentes	
C.	Descripción general de los servicios	8
D.	Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Prime	22
E.	Servicios que no están cubiertos por Wellcare Prime, Medicare ni Healthy Connections Medicaid	23
F.	Sus derechos como miembro del plan	24
G.	Cómo presentar un reclamo o una apelación por un servicio denegado	26
Н.	Qué debe hacer si sospecha que hay fraude	27

A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Prime para 2023. Este es solo un resumen. Consulte el Manual del miembro para leer la lista completa de beneficios.

- Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- Con Wellcare Prime, usted puede obtener sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid en un solo plan de salud. Un coordinador de atención de Wellcare Prime le ayudará a administrar sus necesidades de atención de salud.
- Esta no es una lista completa. La información de beneficios es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios. Si quiere obtener más información, comuníquese con el plan o lea el Manual del miembro de Wellcare Prime.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame al número de Servicios al Miembro o consulte su Manual del miembro para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Para obtener este documento y otros materiales en otro idioma o formato de manera permanente, llame a Servicios al Miembro. Esto se denomina "solicitud permanente". Guardaremos su elección. Si, en el futuro, desea cambiar el idioma o la opción de formato, llame a Servicios al Miembro. Encontrará el número de teléfono de Servicios al Miembro en la parte inferior de esta página. También puede enviar un correo electrónico a ATC_SC_MMP@centene.com.



- Puede acceder al Manual del miembro de varias maneras:
 - o Si tiene acceso a Internet, visite https://mmp.absolutetotalcare.com/mmp/benefits/member-handbook.html.
 - Si quiere recibir el Manual del miembro por correo, llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y pídanos que le enviemos una copia por correo. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes

En el siguiente cuadro, se enumeran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas		
¿Qué es un Medicare-Medicaid Plan?	Un Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Healthy Connections Medicaid para brindarles beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Es para personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de atención que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.		
¿Qué es un coordinador de atención de Wellcare Prime?	Un coordinador de atención de Wellcare Prime es una de las personas más importantes con quien debe comunicarse. Esta persona ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted obtenga lo que necesita.		
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo?	Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS ayudan a quienes necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y hacer la comida. Si bien la mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pueden prestarse en un centro de convalecencia u hospital.		



Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Con Wellcare Prime recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?	Recibirá los beneficios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente a través de Wellcare Prime. Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar qué servicios se ajustan mejor a sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar. Recibirá casi todos los beneficios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid directamente a través de Wellcare Prime. Sin embargo, es posible que obtenga algunos beneficios de la misma manera que lo hace ahora, fuera del plan. Además, este plan brinda servicios que no suelen estar cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid.
	Cuando se inscriba en Wellcare Prime, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para crear un plan de atención personalizado (ICP) para abordar sus necesidades de salud y apoyo. Durante este período, puede seguir atendiéndose con los proveedores actuales por 180 días. También puede continuar recibiendo los mismos servicios, incluso los que estaban autorizados antes de su inscripción en Wellcare Prime. Cuando se inscribe en nuestro plan, si está tomando algún medicamento que requiere receta
	médica de Medicare Parte D que Wellcare Prime no suele cubrir, puede recibir un suministro temporal. Si se considera médicamente necesario, le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Wellcare Prime cubra el medicamento.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas		
¿Puedo acudir a los mismos médicos a los que acudo ahora?	Suele ser posible. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Wellcare Prime y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos.		
	 Los proveedores que tengan un acuerdo con nosotros están dentro de la red. Usted debe visitar a los proveedores de la red de Wellcare Prime. 		
	Si necesita atención de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores que no formen parte del plan Wellcare Prime.		
	Para saber si sus médicos están en la red del plan, llame a Servicios al Miembro o lea el Directorio de proveedores y farmacias de Wellcare Prime en el sitio web del plan, mmp.absolutetotalcare.com.		
	Si Wellcare Prime es nuevo para usted, puede continuar atendiéndose con sus médicos actuales durante 180 días después de que se inscribe, incluso si están fuera de la red. Si necesita seguir consultando a sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de único caso para continuar con el tratamiento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.		
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero ningún proveedor de la red de Wellcare Prime puede prestarlo?	La mayoría de los servicios serán prestados por nuestros proveedores de la red. Si usted necesita un servicio que no se puede brindar dentro de nuestra red, Wellcare Prime pagará el costo de un proveedor fuera de la red.		



Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas		
¿Dónde está disponible Wellcare Prime?	El área de servicios del plan incluye los condados de Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York de South Carolina. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.		
¿Pago un monto mensual (también Ilamado prima) en Wellcare Prime?	Usted no debe pagar ninguna prima mensual a Wellcare Prime por su cobertura de salud.		
¿Qué es la autorización previa (PA)?	Autorización previa (PA) significa que debe obtener la aprobación de Wellcare Prime antes de recibir un servicio o medicamento específicos o antes de recurrir a un proveedor fuera de la red. Es posible que Wellcare Prime no cubra el servicio ni el medicamento si usted no obtiene la aprobación. Si necesita atención de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener una aprobación primero. Consulte el capítulo 3, sección D2, del Manual del miembro para obtener más información sobre la autorización previa. Si quiere saber qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4, sección D, del Manual del miembro.		
¿Qué es una remisión del médico?	Una remisión del médico significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle una aprobación antes de que pueda acudir a alguien que no es su PCP o a otros proveedores en la red del plan. Si no obtiene la aprobación, es posible que Wellcare Prime no cubra los servicios, y que usted reciba una factura por ellos. No necesita una remisión del médico para consultar a algunos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Consulte el capítulo 3, sección B del Manual del miembro para saber cuándo necesitará obtener una remisión del médico de su PCP.		

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas	
¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda?	Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicios, la facturación o las tarjetas de identificación (ID) de miembro, llame a Servicios al Miembro de Wellcare Prime al número que figura en la parte inferior de la página.	
		liembro cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles onas que no hablan inglés.
	Si tiene preg	untas sobre su salud, llame a la línea Nurse Advice Call Line:
	TELÉFONO	1-855-735-4398
	Las llamadas a este número son gratuitas. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.	
	TTY	711
		Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
		Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

C. Descripción general de los servicios

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Quiere un médico	Consultas para tratar una herida o enfermedad	\$0	Ninguna.
	Consultas de bienestar, como un examen físico	\$0	Ninguna.
	Atención especializada	\$0	Ninguna.
	Atención para evitar enfermedades, como vacunas contra la gripe	\$0	Ninguna.
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (consulta preventiva por única vez)	\$0	Ninguna.
Necesita pruebas médicas	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Radiografías u otras imágenes, como tomografías computarizadas (CAT)	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (la descripción de este servicio continúa en la siguiente página)	Medicamentos genéricos (sin nombre de marca)	Copago de \$0 por un suministro de hasta 90 días	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Si quiere obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Wellcare Prime. Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa o que primero pruebe otro medicamento. Pueden aplicarse límites de cantidad. Un suministro diario extendido de algunos medicamentos está disponible a través de compras por correo y ciertas farmacias minoristas. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) para saber cuáles son los medicamentos con suministro extendido disponibles.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)	Medicamentos de marca	Copago de \$0 por un suministro de hasta 90 días	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Si quiere obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Wellcare Prime. Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa o que primero pruebe otro medicamento. Pueden aplicarse límites de cantidad. Un suministro diario extendido de algunos medicamentos está disponible a través de compras por correo y ciertas farmacias minoristas. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) para saber cuáles son
			los medicamentos con suministro extendido disponibles.
	Medicamentos de venta libre	Copago de \$0 por un suministro de hasta 90 días	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Si quiere obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de Wellcare Prime.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)	Medicamentos recetados de Medicare Parte B	Copago de \$0	Entre los medicamentos de la Parte B, se incluyen los que le suministra el médico en el consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan en ciertos equipos. Si quiere obtener más información sobre estos medicamentos, lea el Manual del miembro. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita terapia	Terapias ocupacional, física o del habla	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
después de un derrame cerebral o accidente	Servicios quiroprácticos (solo la manipulación manual para ciertas condiciones aprobadas)	\$0	Ninguna.
Necesita atención de emergencia (la descripción de este servicio continúa en la siguiente página)	Servicios en la sala de emergencias	\$0	Los servicios recibidos en la sala de emergencias no requieren una remisión del médico ni autorización previa y se pueden proporcionar en un centro dentro o fuera de la red. Los servicios recibidos en la sala de emergencias no están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto bajo circunstancias limitadas.
	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios de ambulancia para emergencias no requieren una remisión del médico ni autorización previa y los puede prestar un proveedor dentro o fuera de la red. Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención de emergencia (continuación)	Atención de urgencia	\$0	Los servicios de atención de urgencia no requieren remisión del médico ni autorización previa. Puede recibir servicios de atención de urgencia de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. Los servicios de atención de urgencia no están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios.
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	\$0	Es posible que se necesite autorización previa, excepto en caso de atención de emergencia.
	Atención de un médico o cirujano	\$0	Durante una hospitalización autorizada, se cubre la atención del médico y el cirujano.
Necesita ayuda para	Servicios de rehabilitación	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Equipo médico para atención a domicilio	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	\$0	Las estadías cubiertas por Medicare (por ejemplo, para rehabilitación) requieren PA, mientras que las cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, estadías a largo plazo en un centro de enfermería especializada (SNF)) solo requieren una remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención de la vista	Tratamiento para enfermedades o lesiones de la vista	\$0	Ninguna.
	Reemplazo inicial de lentes debido a una cirugía de cataratas	\$0	Ninguna.
Necesita atención dental	Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos dentales	\$0	Ninguna.
	Procedimientos dentales relacionados con trasplantes de órganos, cáncer, reemplazo de articulaciones, reemplazo de válvulas cardíacas y traumatismos	\$0	Ninguna.
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología	\$0	Ninguna.
Necesita servicios auditivos o de	Exámenes de diagnóstico de audición	\$0	El plan cubre un examen de audición de rutina por año calendario.
audición	Audífonos	\$0	El plan cubre una evaluación o ajuste de audífonos y un audífono por año calendario. La cobertura de audífonos se limita a \$1,250 por año calendario.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Tiene una condición crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	\$0	El plan ofrece servicios para el manejo de enfermedades para ciertas condiciones crónicas. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información.
	Suministros y servicios para pacientes con diabetes	\$0	El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a OneTouch cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa. Pueden aplicarse límites de cantidad.
	Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	\$0	Ninguna.
Tiene una condición de salud mental	Servicios de salud mental o del comportamiento	\$0	Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Hospitalización parcial	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Tiene un problema de	Servicios de abuso de sustancias	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
abuso de sustancias	Servicios para el tratamiento por uso de opioides	\$0	Ninguna.
Necesita servicios de salud mental a largo plazo	Atención de pacientes internados para quienes necesitan atención de salud mental	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita equipo médico duradero (DME) (la descripción de este servicio continúa en la siguiente página)	Sillas de ruedas	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Muletas	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Bombas de infusión intravenosa	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Suministros y equipo de oxígeno	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita equipo médico duradero (DME) (continuación)	Nebulizadores	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Andadores	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por el DME cubierto por Medicare. Copago de \$3.40 por los suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
Necesita prótesis	Prótesis	\$0 o \$3.40	Copago de \$0 por las prótesis cubiertas por Medicare. Copago de \$3.40 por las prótesis cubiertas solo por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en casa (la descripción de	Comidas a domicilio	\$0	Hasta dos comidas por día. Es posible que se requiera autorización previa.
este servicio continúa en la siguiente página)	Servicios domésticos (p. ej., tareas domésticas o limpieza)	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cambios en su hogar, como rampas y acceso para silla de ruedas	\$0	Hay un límite de \$7,500 de por vida para el beneficio de modificaciones en el entorno.
			Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación)	Servicios de cuidado personal (Es posible que pueda elegir su propio asistente. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información).	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Servicios de atención de salud en el hogar	\$0 o \$3.30	Copago de \$0 por los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Medicare. Copago de \$3.30 por los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta	\$0 o \$3.30	Copago de \$0 por los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Medicare. Copago de \$3.30 por los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Servicios diurnos para adultos u otros servicios de apoyo	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para ayudarle	Atención en un centro de convalecencia	\$0 o un monto basado en sus ingresos	Cuando sus ingresos superan el monto permitido, usted debe contribuir para cubrir el costo de este servicio. Esta contribución, también conocida como "monto de pago del paciente", es obligatoria solo para quienes viven en un centro de convalecencia. No tendrá que pagarla si se encuentra en el centro de convalecencia por una rehabilitación a corto plazo.
Su cuidador necesita un tiempo libre	Atención de relevo	\$0	La atención de relevo puede brindarse en un centro de cuidado residencial comunitario (CRCF), un centro de enfermería o en su hogar. Los miembros cuentan con un límite de 28 días en total por año para recibir servicios de atención de relevo. La atención de relevo puede brindarse por hasta 28 días en un CRCF, hasta 14 días en un centro de enfermería y hasta 14 días en su hogar. El tipo de atención que puede obtener dependerá de su situación. Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
Necesita atención para una enfermedad avanzada o una lesión que pone en riesgo la vida	Cuidados paliativos	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita servicios de planificación familiar	Control de natalidad (condones)	\$0	Los suministros para planificación familiar están cubiertos solo con receta médica.
	Exámenes de diagnóstico y de laboratorio para planificación familiar	\$0	Ninguna.
	Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI)	\$0	Ninguna.
Servicios cubiertos	Programas de educación y bienestar	\$0	Ninguna.
adicionales (la descripción de este servicio	Servicios para enfermedad renal en etapa terminal	\$0	Ninguna.
continúa en la siguiente página)	Programas para un mejor control de las enfermedades	\$0	Ninguna.
	Beneficio de acondicionamiento físico	\$0	El plan ofrece un reembolso de hasta \$250 por año para los miembros elegibles para membresías en gimnasios y clases de acondicionamiento físico.
	Suministros para la incontinencia	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de infusión	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de transición desde un centro de convalecencia	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.
	Línea Nurse Advice Call Line	\$0	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	Beneficio nutricional	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Artículos de venta libre (OTC)	\$0	Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$100 por trimestre calendario en artículos de venta libre (OTC) elegibles, disponibles a través de la compra por correo o en farmacias minoristas seleccionadas de CVS.
			Este beneficio para artículos OTC se limita a un pedido por trimestre calendario. Los montos no utilizados no pueden transferirse al siguiente período de beneficios.
			Puede pedir hasta nueve artículos iguales cada tres meses calendario, a menos que se indique de otro modo en el catálogo. No hay límite en la cantidad total de artículos que puede incluir en su pedido.
			Los múltiplos de artículos individuales pueden ser limitados, por pedido.
			Este beneficio solo se puede utilizar para solicitar productos OTC para el miembro.
	Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta	\$0	Ninguna.
	Servicios preventivos	\$0	Ninguna.
	Servicios brindados en Centros de Salud Habilitados Federalmente	\$0	Ninguna.
	Administración de casos específicos	\$0	Es posible que se necesite autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continúa de la página anterior)	Servicios de telesalud	\$0	Ciertos servicios de telesalud adicionales están disponibles, incluidos los de atención primaria, especialistas y otros profesionales de atención de salud, y servicios ambulatorios especializados de salud mental, como la atención psiquiátrica. Comuníquese con el plan para obtener más información. El plan de salud ofrece acceso virtual a través de Teladoc® a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Una visita virtual, también conocida como consulta virtual, es una consulta con el médico por teléfono, en línea o mediante una aplicación para teléfonos inteligentes.
	Telemedicina	\$0	Es posible que se requiera una remisión del médico.

D. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Prime

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro para averiguar qué otros servicios no están cubiertos por Wellcare Prime, pero están disponibles a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Otros servicios cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.	Sus costos
Algunos servicios de atención para pacientes terminales	\$0
Servicios dentales	
Diagnósticos (evaluación bucal y radiografías)	\$3.40
Atención preventiva (limpieza anual)	\$3.40
Restauraciones (empastes)	\$3.40
Atención quirúrgica (extracciones o extirpaciones)	\$3.40
Transporte médico que no es de emergencia	\$0

E. Servicios que no están cubiertos por Wellcare Prime, Medicare ni Healthy Connections Medicaid

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro para averiguar sobre los demás servicios excluidos.

Servicios que no están cubiertos por Wellcare Prime, Medicare ni Healthy Connections Medicaid			
Atención quiropráctica (excepto la manipulación manual para ciertas condiciones aprobadas)	Suministros anticonceptivos que no requieren receta médica		
Algunos procedimientos de la vista, como cirugía LASIK	Zapatos ortopédicos (a menos que sean parte de un aparato ortopédico o sean para personas con pie diabético). Dispositivos de apoyo para los pies (excepto para personas con pie diabético).		
Cirugía cosmética o procedimientos estéticos	Artículos personales en la habitación de un hospital o de un centro de convalecencia		
Dentaduras postizas	Habitación privada en un hospital		
Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios	Cuidado de los pies de rutina (excepto para determinadas condiciones aprobadas)		
Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales	Servicios que no se consideran razonables y necesarios		
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Servicios proporcionados a los veteranos en un centro que depende del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA)		
Servicios de naturópatas	Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida		

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Wellcare Prime, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercerlos sin ser sancionado. También puede ejercerlos sin perder sus servicios de atención de salud. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Si quiere obtener más información al respecto, lea el Manual del miembro. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tiene derecho al respeto, la imparcialidad y la dignidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Recibir servicios cubiertos sin preocuparse por su raza, etnia, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad de hablar inglés.
 - o Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio).
 - No ser sometido a ninguna forma de impedimento físico o aislamiento que se use como herramienta de extorsión, castigo, conveniencia, un acto percibido como medida de seguridad o represalia.
 - o No recibir facturas de los proveedores de la red.
- **Tiene derecho a recibir información sobre su atención de salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen obtener información sobre lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo recibir los servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios.
 - o Nombres de proveedores de atención de salud y administradores de atención.
- Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso negarse a un tratamiento. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - o Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento.
 - o Consultar con un proveedor de atención de salud de la mujer sin una remisión del médico.
 - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
 - o Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura.
 - o Rechazar el tratamiento, incluso si su médico le aconseja lo contrario.



- o Dejar de tomar medicamentos.
- Solicitar una segunda opinión. Wellcare Prime pagará el costo de la consulta para que obtenga una segunda opinión.
- Tiene derecho a recibir atención en tiempo y forma, sin ningún tipo de obstáculos de comunicación o acceso. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - o Obtener atención médica oportuna.
 - o Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención de salud. Esto significa que no debe haber obstáculos para el acceso de personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - o Contar con intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus médicos y el plan de salud.
- Tiene derecho a recibir atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite. Esto significa que tiene derecho a lo siguiente:
 - o Recibir servicios de atención de emergencia sin autorización previa (PA) en caso de emergencia.
 - o Consultar con un proveedor de atención de emergencia o urgencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - o Solicitar y obtener una copia de sus expedientes médicos en un formato que pueda comprender y pedir que se modifiquen o corrijan.
 - o Mantener la privacidad de su información de salud personal.
- Tiene derecho a presentar reclamos sobre la atención y los servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Solicitar una audiencia imparcial ante el Estado.
 - Obtener un motivo detallado por el cual se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el Manual del miembro de Wellcare Prime. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Prime.

G. Cómo presentar un reclamo o una apelación por un servicio denegado

Si tiene un reclamo o piensa que Wellcare Prime debería cubrir un servicio que rechazamos, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711). Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre los reclamos y las apelaciones, puede leer el capítulo 9, sección D del Manual del miembro de Wellcare Prime. También puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Prime. Además, puede enviar su apelación por fax a uno de los números de fax que se indican a continuación o escribir a nuestro plan a una de las siguientes direcciones:

Apelaciones de la Parte D (medicamentos)

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Attn: Medicare Pharmacy Appeals

P.O. Box 31383

Tampa, FL 33631-3383

Teléfono: 1-855-735-4398 (TTY: 711)

Fax: 1-866-388-1766

Apelaciones de la Parte C (medicamentos de la Parte B) y quejas de la Parte C (medicamentos de la Parte B) y la Parte D (medicamentos)

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Attn: Appeals & Grievances - Medicare Operations

7700 Forsyth Blvd St. Louis, MO 63105

Teléfono: 1-855-735-4398 (TTY: 711)

Número de fax: 1-844-273-2671

Este programa cuenta con una defensoría especial que se denomina Defensoría de Healthy Connections Prime. La Defensoría de Healthy Connections Prime no trabaja para nosotros ni para Healthy Connections Medicaid. Puede ayudarle a comprender sus derechos y el proceso de apelación, y asistirle con su apelación. Puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (TTY: 711).

H. Qué debe hacer si sospecha que hay fraude

La mayoría de los profesionales de la atención de salud y las organizaciones que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, puede haber algunos que no lo son.

Si cree que un médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo incorrecto, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios al Miembro de Wellcare Prime. Los números de teléfono se encuentran en la parte inferior de la página y en la portada de este resumen.
- Llame a la línea directa para denuncias de fraude de nuestro plan, al número gratuito 1-866-685-8664 (TTY: 711). La línea directa para denuncias de fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Aviso en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al **1-855-735-4398** (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y días feriados federales, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

注意:如果您説中文,您可以免費獲得語言協助服務。請致電 1-855-735-4398 (TTY:711),服務時間為週一至週五,從早上8點到晚上8點。非服務時間、週末和聯邦假日,您可能會需要留言。我們將在下一個工作日內回電給您。此為免付費專線。

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le **1-855-735-4398** (TTY: **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. En dehors des heures d'ouverture et durant le week-end et les jours fériés, il vous sera peut-être demandé de laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. L'appel est gratuit.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi **1-855-735-4398** (TTY: **711**), từ 8 a.m. đến 8 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ liên bang, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được trả lời vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này được miễn phí.

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Übersetzungsdienst zur Verfügung. Wählen Sie dafür **1-855-735-4398** (TTY: **711**) von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten, an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen werden Sie möglicherweise gebeten, eine Nachricht zu hinterlassen. Ihr Anruf wird innerhalb des nächsten Arbeitstages beantwortet. Der Anruf ist kostenlos.

ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-855-735-4398** (ТТҮ: **711**), с 8 а.т. до 8 р.т. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 4398-735-735-1 (717: 711)، من الساعة 8 صباحًا ولغاية الساعة 8 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. وقد يُطلب منك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات الفيدرالية. وسنتم معاودة الاتصال بك خلال يوم العمل التالى. والاتصال مجانى.

ATENÇÃO: se falar português, estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Ligue para o número **1-855-735-4398** (TTY: **711**) de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar fora deste horário, num fim de semana ou num feriado federal, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é gratuita.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl-Franse, sèvis asistans lang disponib gratis pou ou. Rele **1-855-735-4398** (TTY: **711**), soti lendi pou rive vandredi, de 8è am. pou 8è pm. Apre lè travay, nan wikenn ak jou konje federal yo, yo ka mande w pou kite yon mesaj. Y ap retounen w apèl la nan pwochen jou ouvrab la. Apèl la gratis.

УВАГА: якщо ви володієте українською мовою, вам безкоштовно доступні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-855-735-4398** (ТТҮ: **711**) з 8:00 до 20:00 з понеділка по п'ятницю. У неробочий час, у вихідні та державні свята вас можуть попросити залишити повідомлення. Ваш дзвінок буде оброблено протягом наступного робочого дня. Дзвінок безкоштовний.

توجه: اگر پشتو صحبت می کنید، خدمات کمک زبان، رایگان، در دسترس شما است. با شماره 4398-735-785-1 تماس بگیرید (717: 717)، از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، از دوشنبه تا جمعه. پس از ساعات کاری، در تعطیلات آخر هفته و در تعطیلات فدرال، ممکن است از شما خواسته شود که پیامی بگذارید. تماس شما ظرف یک روز کاری آینده برگردانده خواهد شد. تماس رایگان است.

মনে রাখবেন: আপনি বাংলা ভাষাতে কথা বললে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবাটি নিখরচায় আপনার জন্য রয়েছে। সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল ৪টা থেকে রাত্রি ৪টা অবধি **1-855-735-4398** (TTY: **711**), নম্বরে ফোন করুন। নির্ধারিত সময়ের পরে, সপ্তাহান্তের এবং ফেডেরাল ছুটির দিনগুলিতে আপনাকে মেসেজ রেখে যেতে বলা হতে পারে। পরবর্তী কাজের দিনে আপনাকে বিটার্ন কল করা হবে। এই কলটি নিঃশুল্ক।

توجه: اگر فارسی صحبت میکنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار میگیرد. با شماره 4398-735-785-1 تماس بگیرید (TTY: TTY)، از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، از دوشنبه تا جمعه. پس از ساعات کاری، در تعطیلات آخر هفته و در تعطیلات فدرال، ممکن است از شما خواسته شود که پیامی بگذارید. تماس شما ظرف یک روز کاری آینده برگردانده خواهد شد. تماس رایگان است.

VINI RE: Nëse flisni shqip, ju ofrohen shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi numrin **1-855-735-4398** (TTY: **711**), nga ora 8:00 deri në 20:00, nga e hëna në të premte. Pas këtij orari, gjatë fundjavave dhe pushimeve zyrtare federale, mund t'ju kërkohet të lini një mesazh. Telefonata juaj do të marrë përgjigje brenda ditës vijuese të punës. Telefonata është pa pagesë.

توجه: اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در دسترس شما است. از دوشنبه تا جمعه،از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، با شماره TTY: 735-735-1 (۲۲۲: 711) تماس بگیرید. در رخصتی های آخر هفته و در رخصتی های فدرال ایالتی، ممکن است از شما خواسته شود که پیام بگذارید. تماس شما ظرف یک روز کاری آینده برگردانده خواهد شد. تماس رایگان است.



100 Center Point Circle Columbia, SC 29210

1-855-735-4398

TTY: 711

mmp.AbsoluteTotalCare.com