2027
Resumen de beneficios

Delaware

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

H4661 | 003

©Wellcare 2026

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) | Resumen de beneficios para 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). 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 Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Contenido

A. Descargos de responsabilidad 4

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 6

C. Lista de servicios cubiertos 12

D. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) 30

E. Servicios que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren 31

F. Sus derechos como miembro del plan 32

G. Cómo presentar un reclamo o una apelación por un servicio denegado 35

H. Qué debe hacer si sospecha que hay fraude 36

A. Descargos de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) para 2027. Este es solo un resumen. Lea la *Evidencia de cobertura* para obtener la lista completa de beneficios. Puede obtener una copia de la *Evidencia de cobertura* llamando a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro sistema de teléfono automático puede responder llamadas. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. O puede acceder a la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web go.wellcare.com/DE.

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) tienen contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de un plan, excepto en casos de emergencia. Si quiere más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red, llame al número de Servicios al Cliente o consulte la *Evidencia de cobertura*.
- Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o solicitarlo al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener más información sobre Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), puede consultar el sitio web de la División de Medicaid y Asistencia Médica, dhss.delaware.gov/dmma/dsnp, o llamar al 302-571-4900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/DE.

- La Oficina de Asistencia de Delaware Medicare (DMAB), antes conocida como ELDERinfo, ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con cobertura de Medicare, incluidas las personas menores de 65 años. Puede llamar a la DMAB, al 302-674-7364, para programar una sesión de asesoramiento gratuita con un voluntario capacitado en un lugar cercano que le resulte cómodo. Puede encontrar más información en insurance.delaware.gov/divisions/dmab/.

- El Programa de la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Delaware ayuda a las personas a obtener información sobre centros de convalecencia y a resolver problemas entre estos centros y los residentes o sus familias. Para comunicarse con la Defensoría, llame al 1-855-773-1002 o visite dhss.delaware.gov/office-of-the-secretary/long-term-care-ombudsman-program/.

- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.

- Podemos enviarle materiales en un idioma que no sea inglés (además de los idiomas mencionados anteriormente) o en un formato alternativo si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.

    - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud por única vez, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla, se enumeran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un HIDE SNP?	Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales (SNP) y doble elegibilidad altamente integrado (HIDE). Un HIDE SNP es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Delaware Medicaid para brindarles beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Un HIDE SNP es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de la atención que le ayudan a gestionar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita. Este plan es para personas que viven dentro del área de servicios de nuestro plan, tienen Medicare y reciben los beneficios completos de Delaware Medicaid. Cuando se inscribe en este plan, recibe atención de salud, medicamentos recetados, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y otros beneficios adicionales a través de nosotros.
Me inscribí en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). ¿Debo inscribirme también en Delaware First Health Medicaid?	No. Una vez que se inscriba en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), quedará automáticamente inscrito en Delaware First Health Medicaid. No es necesario que haga nada.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Con Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de los beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente a través de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). 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 podrían cambiar según sus necesidades, y la evaluación de su médico y del coordinador de la atención. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que lo hace ahora, directamente de la División de Medicaid y Asistencia Médica. Cuando se inscriba en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), usted y su coordinador de la atención trabajarán en conjunto para crear un plan de atención personalizado que tenga en cuenta sus preferencias y objetivos personales para abordar sus necesidades de salud y apoyo. Si está tomando algún medicamento de Medicare Part D y que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) no suele cubrir, puede recibir un suministro temporal, y nosotros le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) cubra este medicamento si es médicamente necesario. Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo acudir a los mismos médicos a los que acudo ahora?	Suele ser posible. Si sus proveedores (incluidos los médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención de salud) trabajan con Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores que tengan un acuerdo con nosotros están dentro de la red. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan miembros de nuestro plan y brindan los servicios que nuestro plan cubre. **Debe acudir a los proveedores de la red de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).** Si acude a proveedores o farmacias que no participan en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • 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 Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). • Si acude a un proveedor que no está en nuestra red, Wellcare Delaware First Health Dual Align puede darle autorización para seguir acudiendo a este proveedor durante 90 días mientras trabajamos para hacer la transición a un proveedor de la red. Si no hay un proveedor en nuestra red que pueda brindarle los servicios que usted recibe del proveedor que no está en nuestra red, Wellcare Delaware First Health Dual Align puede continuar autorizando los servicios fuera de la red siempre y cuando sean médicamente necesarios. Para saber si sus proveedores son parte de la red del plan, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de esta página o lea el *Directorio de Farmacias y Proveedores* de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en go.wellcare.com/2027providerdirectories. Si es la primera vez que utiliza Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), trabajaremos con usted para crear un plan de atención individualizado que aborde sus necesidades.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador de la atención de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)?	El coordinador de la atención de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) 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 apoyo a largo plazo (LTSS)?	Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a quienes necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como tomar un baño, ir al baño, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. 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.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero ningún proveedor de la red de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?	La mayoría de los servicios serán prestados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿A dónde se encuentra disponible Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)?	El área de servicios de este plan incluye los condados de Kent, New Castle y Sussex de Delaware. Debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa?	La autorización previa hace referencia a una aprobación de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) para buscar servicios fuera de la red o para obtener servicios que nuestra red no cubre habitualmente **antes** de obtenerlos. Es posible que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si no obtiene una autorización previa. **Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener una autorización previa. Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que obtenga la autorización previa de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) antes de que se proporcione el servicio.** Consulte el **capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la tabla de beneficios en el **capítulo 4** de la *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios requieren autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener ayuda.
¿Qué es una remisión?	Una remisión quiere decir que su proveedor de atención primaria (PCP) debe otorgarle una aprobación antes de que usted consulte a otro proveedor que no sea su PCP. Una remisión es diferente que una autorización previa. Si no recibe una remisión de su PCP, es posible que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que obtenga una remisión de su PCP antes de que se brinde el servicio. Consulte la *Evidencia de cobertura* para saber cuándo necesitará obtener una remisión de su PCP.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Pago un monto mensual (también llamado prima) en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)?	No. Debido a que tiene Medicaid, no pagará ninguna prima mensual, incluida la prima de Medicare Part B, por su cobertura médica.
¿Pago un deducible como miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)?	No. No paga deducibles en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es el monto máximo de gastos de bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)?	No hay costos compartidos para los servicios médicos en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de $0.

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/DE.

C. Lista de servicios cubiertos

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)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	$0	Excepto en caso de emergencia, su proveedor de atención de salud debe informarle al plan de su admisión en el hospital. Es posible que se necesite autorización previa, excepto en caso de emergencia. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Atención de un médico o cirujano	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Quiere un médico **(continúa en la página siguiente)**	Consultas para tratar una herida o enfermedad	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe y exámenes para detectar cáncer	$0	

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 medico (continuación)	Consultas de bienestar, como un examen físico	$0	
	Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (consulta preventiva por única vez)	$0	
	Atención especializada	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita atención de emergencia	Servicios en la sala de emergencias	$0	Puede obtener atención de emergencia cubierta de proveedores dentro o fuera de la red siempre que la necesite. No necesita autorización previa para la atención de emergencia. Copago de $115 por servicios de emergencia internacionales. Usted tiene una cobertura de hasta $50,000 por año para servicios de atención de emergencia o urgencia internacionales.
	Atención de urgencia	$0	Puede obtener atención de urgencia cubierta de proveedores dentro o fuera de la red siempre que la necesite. No necesita autorización previa para la atención de urgencia. Copago de $115 por servicios de emergencia internacionales. Usted tiene una cobertura de hasta $50,000 por año para servicios de atención de emergencia o urgencia internacionales.

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 pruebas médicas	Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, como tomografías computarizadas (CAT) o resonancias magnéticas (MRI))	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita servicios de audición/auditivos	Exámenes de diagnóstico de audición	$0	1 examen por año. Es posible que se requiera autorización previa.
	Audífonos	$0	1 ajuste/evaluación por año. Cobertura asignada de hasta $2,000 por oído cada año para audífonos. Se limita a 1 audífono por oído cada año. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita atención dental (continúa en la página siguiente)	Controles dentales y atención preventiva	$0	Nuestro plan cubre la atención dental de rutina conforme a la cobertura de Medicare para los siguientes servicios preventivos: • Exámenes bucales* • Limpiezas* • Radiografías dentales* • Tratamiento con flúor*

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 dental (continuación) (continúa en la página siguiente)			• Otros servicios dentales de diagnóstico* • Otros servicios dentales preventivos* Puede acudir a dentistas dentro o fuera de la red para recibir atención dental de rutina (servicios no cubiertos por Medicare). Si acude a proveedores fuera de la red, pagará un coseguro del 25% por los servicios cubiertos. Los proveedores fuera de la red no tienen contrato para aceptar el pago del plan como pago total. Es posible que le cobren más de lo que paga el plan. *** Para obtener más información o saber más sobre limitaciones y exclusiones, consulte la *Evidencia de cobertura*. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.** Para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos por nuestros beneficios de Medicaid o nuestra red de proveedores dentales, visite www.delawarefirsthealth.com/members/medicaid/benefits-services/dental-program.html. Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención dental restaurativa y de emergencia	$0	Nuestro plan cubre la atención dental de rutina conforme a la cobertura de Medicare para los siguientes servicios integrales: • Servicios de restauración* • Endodoncia* • Periodoncia* • Cirugía bucal/maxilofacial*

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 dental (continuación)			• Prostodoncia fija* • Prostodoncia removible* • Servicios generales complementarios* Puede acudir a dentistas dentro o fuera de la red para recibir atención dental de rutina (servicios no cubiertos por Medicare). Si acude a proveedores fuera de la red, pagará un coseguro del 25% por los servicios cubiertos. Los proveedores fuera de la red no tienen contrato para aceptar el pago del plan como pago total. Es posible que le cobren más de lo que paga el plan. Este plan incluye cobertura de hasta $3,000 por año del plan para todos los servicios dentales integrales de rutina cubiertos dentro y fuera de la red. *** Para obtener más información o saber más sobre limitaciones y exclusiones, consulte la *Evidencia de cobertura*. Se aplican limitaciones y exclusiones dentales adicionales.** Para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos por nuestros beneficios de Medicaid o nuestra red de proveedores dentales, visite www.delawarefirsthealth.com/members/medicaid/benefits-services/dental-program.html. 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 atención de la vista	Exámenes oculares	$0	1 examen por año. Es posible que se requiera autorización previa.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	Cobertura asignada combinada de hasta $300 para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) por año. Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita servicios de salud del comportamiento (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud del comportamiento	$0	Nuestro plan cubre una variedad de servicios de atención de salud mental, que incluyen, entre otros, tratamiento para pacientes hospitalizados, terapia para pacientes ambulatorios, programas de hospitalización parcial y programas intensivos para pacientes ambulatorios. Para los miembros que participan en el programa PROMISE (Promoción de una Salud Mental Óptima para las Personas mediante Apoyos y Empoderamiento), el estado también cubre los servicios de profesionales de salud del comportamiento con licencia. Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Nuestro plan cubre servicios como la hospitalización y el asesoramiento para pacientes ambulatorios. Para los miembros que participan en el programa PROMISE, estos servicios están cubiertos por el Estado. • Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario.

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 salud del comportamiento (continuación)			• Apoyos residenciales comunitarios, excepto residencia asistida. • Servicios de transición comunitaria. Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	No hay límite de beneficios para los servicios de salud mental y el tratamiento por consumo de drogas y alcohol cuando son médicamente necesarios. Para los miembros que participan en el programa PROMISE, el estado también cubre los servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD), además de la desintoxicación intensiva administrada médicamente para pacientes hospitalizados. Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para brindarle ayuda	Atención de enfermería especializada	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Atención en centro de convalecencia	$0	
	Tutela temporal para adultos y tutela temporal grupal para adultos	$0	

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 terapia después de un derrame cerebral o accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Transporte de emergencia	$0	
	Transporte para las citas médicas y los servicios médicos	$0	Su cobertura de Medicare proporciona hasta 12 traslados de ida o vuelta por año a destinos relacionados con la atención de salud aprobados por el plan. Esto incluye consultas a médicos, especialistas, farmacias y proveedores dentales o de la visión. **Lo que debe saber:** Pueden aplicarse limitaciones de millaje. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de miembro con 72 horas de anticipación para reservar un traslado a su cita. Los traslados también se pueden reservar a través de la aplicación móvil. Delaware Medicaid le brinda viajes ilimitados de ida o vuelta cada año a destinos relacionados con la atención de salud aprobados por el plan. 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 (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de Medicare Part B	$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. Lea la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre estos medicamentos. Es posible que se requiera autorización previa.
	Medicamentos de Medicare Part D Nivel 1 (medicamentos genéricos) Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos) Nivel 3 (medicamentos no preferidos) Nivel 4 (medicamentos inyectables) Nivel 5 (medicamentos de especialidad) Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados)	Copago de $0 por un suministro de hasta 100 días en una farmacia minorista. Copago de $0 por un suministro de 35 a 100 días en una farmacia de compra por correo.	Con nuestro beneficio de valor agregado de Medicaid (“Copagos de farmacia de $0 para personas con doble elegibilidad”), usted no paga copagos de farmacia. 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 Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa o que primero pruebe otro medicamento. Pueden aplicarse límites de cantidad. Los medicamentos del nivel 5 se limitan a un suministro de 30 días por surtido. Un suministro para más cantidad de días de algunos medicamentos está disponible a través de compras por correo y ciertas farmacias minoristas. Si quiere obtener más información, consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* y averigüe para qué medicamentos está disponible el suministro para más cantidad de días.

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 venta libre (OTC)	$0	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 Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Consulte la sección Wellcare Spendables® que aparece más adelante en esta tabla para obtener información sobre la cobertura conforme al beneficio de Medicare. Consulte también la sección Beneficios de valor agregado de Medicaid (servicios adicionales) que aparece más adelante en esta tabla para obtener información sobre el acceso adicional a productos de venta libre (OTC).
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Equipo médico para atención a domicilio	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de diálisis	$0	Es posible que se requiera una remisión del médico.
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Servicios ortopédicos	$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 equipo médico duradero (DME) **Nota:** Esta no es una lista completa del DME cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicios al Miembro o consulte el **capítulo 4** de la *Evidencia de cobertura*.	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Nebulizadores	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Suministros y equipo de oxígeno	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en casa (continúa en la página siguiente)	Servicios de atención de salud en el hogar	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo	$0	Algunos servicios están cubiertos para personas que participan en el programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar. Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Salud diurna para adultos, servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) u otros servicios de apoyo	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación diurnos	$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 ayuda para vivir en casa (continuación)	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de atención de salud en el hogar o servicios de asistentes de cuidado personal)	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se requiera una remisión del médico.
	Suministros y servicios para pacientes con diabetes	$0	Las plantillas o los zapatos terapéuticos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son los suministros para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas) preferidos. Dexcom y FreeStyle Libre son nuestras marcas preferidas de monitores continuos de glucosa. Para obtener más información sobre los artículos que se encuentran en las listas de suministros preferidos para pruebas y monitoreo de la diabetes, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Pueden aplicarse límites de cantidad. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios protésicos	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Radioterapia	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$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 adicionales (continuación) (continúa en la página siguiente)	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser un paciente de alto riesgo, debe tener una o más de las siguientes condiciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras condiciones elegibles que no figuran en la lista. No se puede garantizar la elegibilidad para este beneficio únicamente en función de su condición. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad correspondientes antes de que se brinde el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte la *Evidencia de cobertura* del plan. • La elegibilidad se determina en función de las reclamaciones médicas y/u otra documentación de respaldo una vez que usted se inscribe en el plan.	$0	**Si es elegible**, puede usar su cobertura asignada de Wellcare Spendables® para obtener los beneficios adicionales que se indican a continuación. Una vez que se determine que es elegible, 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®. La cobertura asignada de la tarjeta se puede utilizar para lo siguiente: • **Pago de combustible en el surtidor:** Puede utilizar la tarjeta para pagar el combustible directamente en el surtidor. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. La tarjeta solo se puede utilizar hasta alcanzar el monto de cobertura asignada disponible. La carga de vehículos eléctricos (EV) también puede estar cubierta en los centros participantes que aceptan pagos con tarjeta. • **Comida saludable:** Puede utilizar la tarjeta para pagar alimentos y productos saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que haya opciones de entrega disponibles para los alimentos elegibles. Puede ordenar comidas preparadas a través del portal en línea.

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 adicionales (continuación) (continúa en la página siguiente)	• Los miembros nuevos sin un historial de reclamaciones suficiente pueden pedirle a un proveedor que presente una declaración para respaldar la revisión de elegibilidad. • Wellcare le notificará si es elegible y le dará instrucciones sobre cómo acceder a los beneficios de SSBCI.		• **Artículos de cuidado personal:** Puede usar la tarjeta para comprar artículos de cuidado personal y artículos esenciales para el hogar en tiendas minoristas participantes. Es posible que haya opciones de entrega disponibles para los artículos elegibles. • **Artículos para el control de plagas:** Puede utilizar la tarjeta para comprar artículos para usar en su hogar y en los alrededores en tiendas minoristas participantes. Es posible que haya opciones de entrega disponibles para los artículos elegibles. • **Subvención para la renta:** Puede utilizar la tarjeta para cubrir en parte el costo de la renta o hipoteca de su hogar. • **Mascota robótica de compañía:** Puede usar su tarjeta para pedir una mascota robótica de compañía. Las opciones pueden incluir un gato, un perro o un ave de compañía. • **Subvención para los servicios públicos:** Puede utilizar la tarjeta para cubrir en parte los costos de los servicios públicos de su hogar. La tarjeta se puede utilizar para pagar los gastos de servicios públicos, como el agua, el combustible para calefacción, el gas natural, la electricidad, los servicios de recolección de residuos, los servicios de televisión por cable (excluidos los servicios de “streaming”), el teléfono fijo o móvil y el Internet.

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 adicionales (continuación) (continúa en la página siguiente)	Wellcare Spendables®	$0	Recibirá **$247 mensuales** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC. La cobertura asignada mensual **se acumula con la del mes siguiente si no la utiliza y caduca al finalizar el año del plan.** La cobertura asignada de la tarjeta se puede utilizar para lo siguiente: **Artículos de venta libre (OTC):** La tarjeta se puede utilizar en las tiendas minoristas participantes, mediante la aplicación móvil o iniciando sesión en el portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio. Algunos de los artículos cubiertos son los medicamentos de venta libre genéricos y de marca, las vitaminas, los analgésicos, los productos para el resfrío y la alergia, y los artículos para personas con diabetes. **Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI):** Los beneficios que se mencionan a continuación son SSBCI. No todos los miembros calificarán. **Debe cumplir con los criterios de elegibilidad para acceder a los siguientes beneficios del plan.** **Si califica**, la cobertura asignada de su tarjeta también puede usarse para lo siguiente: • Pago del combustible en el surtidor • Alimentos saludables

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 adicionales (continuación) (continúa en la página siguiente)			• Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Subvención para la renta • Mascota robótica de compañía • Asistencia para servicios públicos Consulte la sección Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. Para obtener más información o saber más sobre limitaciones y exclusiones, consulte la *Evidencia de cobertura*.
	Beneficio de acondicionamiento físico	$0	Para ayudar a mantener un estilo de vida activo y saludable, su plan ofrece un programa con acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país. Puede acceder a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. Los miembros tienen acceso presencial a centros de acondicionamiento físico, programas de ejercicios disponibles a pedido y la opción de elegir el kit de acondicionamiento físico en el hogar.

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 adicionales (continuación) (continúa en la página siguiente)	Beneficio de comidas	$0	Comidas para tratamiento posagudo: Si califica, no pagará nada por las comidas entregadas a domicilio hasta 45 días después de una hospitalización para ayudar en su recuperación, con un máximo de 2 comidas por día durante un máximo de 14 días, hasta un total de 28 comidas por evento, sin límite en la cantidad de eventos por año.
	Plataforma de apoyo social	$0	Nuestro plan brinda acceso a una plataforma de apoyo en línea que está basada en una aplicación y diseñada para apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades y programas terapéuticos y personalizados de aprendizaje autónomo para ayudar a controlar el estrés y la ansiedad y apoyar su salud emocional y mental. Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos adaptados a sus necesidades. La plataforma también ofrece la posibilidad de unirse a comunidades sociales. Disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana: puede usarla cuando lo desee. Para obtener más información sobre cómo acceder a la plataforma de apoyo social, consulte la *Evidencia de cobertura*.
	My Wellcare Rewards	$0	Con **My Wellcare Rewards**, puede ganar hasta $100 por completar actividades de salud elegibles y actividades del portal a través de su portal para miembros. Las recompensas se cargarán en su tarjeta Wellcare Spendables®.

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 adicionales (continuación)	Beneficios de valor agregado de Medicaid (servicios adicionales)	$0	Brindamos beneficios adicionales, por ejemplo: • Hasta **$250 por año** para **programas de bienestar comunitarios**, incluidas las membresías de la YMCA y los centros para adultos mayores. • **$120** por hogar, por año ($30 cada tres meses) para gastar en **productos de venta libre (OTC)** de compra por correo, que incluyen champú, medicamentos para el resfrío y más. • Regístrese para ganar hasta **$150 por año** en **recompensas de My Health Pays** por completar actividades saludables, como la visita anual de bienestar y los exámenes de detección de cáncer preventivos. Pueden aplicarse reglas de elegibilidad y límites a los beneficios. Estos beneficios son ofrecidos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) y son independientes de los beneficios estándar del programa Delaware First Health. Los beneficios pueden cambiar o finalizar en cualquier momento. Visite www.delawarefirsthealth.com/vab para obtener la información más actualizada sobre los beneficios de valor agregado de Medicaid.

El resumen de beneficios anterior se proporciona únicamente con fines informativos y no representa una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de cobertura* de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una *Evidencia de cobertura*, llame a Servicios al Miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al Miembro o visitar el sitio web go.wellcare.com/DE.

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/DE.

D. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Existen algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), pero que sí lo están por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	**Sus costos**
Servicios de salud del comportamiento adicionales: Los miembros que participan en PROMISE son elegibles para recibir servicios proporcionados por el Estado. Comuníquese con su coordinador de la atención o administrador de casos para obtener más información.	$0
Ciertos servicios de atención para pacientes terminales cubiertos fuera de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)	$0
Transporte médico que no es de emergencia	$0
Servicios especializados para residentes de centros de enfermería que no están incluidos en nuestro plan: El Estado brindará los servicios especializados que considere necesarios. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información.	$0

E. Servicios que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren	
Servicios que no son médicamente necesarios	Servicios cosméticos, a menos que sean médicamente necesarios
Abortos, excepto en determinadas circunstancias	
Tratamientos para la infertilidad	

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), usted tiene determinados 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. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la *Evidencia de cobertura*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por la condición médica, el estado de salud, la recepción de los servicios de salud, la experiencia en reclamaciones, los antecedentes médicos, la discapacidad (incluida la discapacidad mental), el estado civil, la edad, el sexo, la orientación sexual, la nacionalidad, el origen racial, el color, la religión, el credo o la asistencia pública.
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra de imprenta grande, braille o audio) de forma gratuita.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión.
- **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 idioma y formato que usted pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
  - Descripción de los servicios que cubrimos.
  - Cómo recibir los servicios.
  - Cuánto le costarán los servicios.
  - Nombres de los proveedores de atención de salud y del coordinador de la atención.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso negarse a un tratamiento.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento del año.
  - Recurrir a un proveedor de atención de salud para la mujer sin una remisión del médico.
  - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura.

- Rechazar un tratamiento, incluso si su proveedor de atención de salud lo desaconseja.
- Dejar de tomar un medicamento, incluso si su proveedor de atención de salud lo desaconseja.
- Solicitar una segunda opinión. Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de la consulta para que obtenga una segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos con respecto a la atención de salud por medio de instrucciones anticipadas.

- **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:
  - Obtener atención médica oportuna.
  - 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.
  - Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención de salud y su plan de salud.
- **Tiene derecho a buscar atención de emergencia y urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a lo siguiente:
  - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en caso de emergencia.
  - Usar a 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:
  - Solicitar y obtener una copia de sus expedientes médicos con un formato que pueda comprender y pedir que se modifiquen o corrijan.
  - Mantener la privacidad de su información de salud personal.
  - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene derecho a presentar reclamos sobre la atención y los servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Presentar un reclamo o una queja contra nosotros o nuestros proveedores.

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/DE.

- Presentar un reclamo ante la División de Medicaid y Asistencia Médica al 302-571-4900. El sitio web de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), go.wellcare.com/DE, tiene formularios de reclamo, formularios de solicitud de revisión médica independiente (IMR) e instrucciones en línea.
- Solicitar una IMR de los servicios o artículos de Medicaid que sean de naturaleza médica.
- Apelar ciertas decisiones tomadas por nuestros proveedores.
- Solicitar una audiencia ante el Estado.
- Obtener un motivo detallado por el cual se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la *Evidencia de cobertura*. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

También puede llamar a la Oficina de la Defensoría de Medicaid al 1-855-773-1002, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.

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

Si tiene un reclamo o cree que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre los reclamos y las apelaciones, puede leer el **capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

Apelaciones de la Parte D (medicamentos)
Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Appeals
P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Teléfono: 1-844-536-2167 (TTY: 711)

Apelaciones de la Parte C (servicios médicos y medicamentos de la Parte B) y quejas de la Parte C (servicios médicos y medicamentos de la Parte B)
Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)
Appeals Department - Medical
P.O. Box 10052
Van Nuys, CA 91410-0052
Teléfono: 1-844-536-2167 (TTY: 711)

Quejas de la Parte D (medicamentos)
Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)
Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10052
Van Nuys, CA 91410-0052
Teléfono: 1-844-536-2167 (TTY: 711)

Quejas sobre los servicios de Delaware Medicaid
Para presentar una queja (reclamo) o una apelación sobre un servicio de Delaware Medicaid, llame a Servicios al Miembro al 1-877-236-1341 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., EST.
Delaware First Health
Attention Appeals and Grievances
P.O. Box 10353
Van Nuys, CA 91410-0353
Teléfono: 1-877-236-1341 (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 Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Los números de teléfono figuran en la parte inferior de esta página.
- O llame a Servicios al Cliente de Medicaid al 1-866-843-7212. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- O bien, llame a la línea para denuncias de fraude de Delaware Medicaid, al 1-800-372-2002, o envíe un correo electrónico a SURreferrals@delaware.gov.

Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicios, la facturación o las tarjetas de identificación (ID) de miembros, puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al siguiente número:

1-844-536-2167
Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro sistema de teléfono automático puede responder llamadas. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil.
Servicios al Miembro también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711
Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para obtener atención cuando el consultorio esté cerrado. Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la Línea de Consultas de Enfermería. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo obtener atención. (Por ejemplo*:* atención de urgencia, sala de emergencias). Los números de la Línea de Consultas de Enfermería son los siguientes:
1-844-536-2167.
Las llamadas a este número son gratuitas. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711
Las llamadas a este número son gratuitas. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita atención de salud del comportamiento de forma inmediata, llame a la línea de salud del comportamiento:

1-844-536-2167, TTY: 711
Las llamadas a este número son gratuitas. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711
Las llamadas a este número son gratuitas. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) al 1-844-536-2167 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/DE.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicios al Cliente al 1-844-480-0680 (TTY: 711). El horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).

Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/DE o llame al 1-844-480-0680 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para obtener cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- ☐ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ **Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá usar. Si tiene un plan del Mercado, deberá comunicarse con el Mercado para cancelar el plan. Si no cancela su plan del Mercado, es posible que esté pagando una cobertura que no puede usar y que se le impongan multas en la declaración de impuestos del próximo año.
- ☐ Este es un plan para necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP). Usted tiene la posibilidad de inscribirse cuando se verifique que puede recibir tanto Medicare como la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.