

## **Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ofrecido por Bridgeway Health Solutions Of Arizona, Inc. (Arizona Complete Health Medicare Advantage)**

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- ❑ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare), o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*.
- ❑ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

### 3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3, página 20 para saber más sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 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.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### **Acerca de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS y PDP que tiene un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Planes D-SNP de Arizona: los servicios contratados están financiados en parte bajo contrato con el Estado de Arizona.
  - El plan también ha escrito un acuerdo con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
  - Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Bridgeway Health Solutions Of Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- 

H5590\_008\_2024\_AZ\_ANOC\_DSNP\_126698S\_M

**Aviso anual de cambios para 2024**  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	16
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>20</b>
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).....	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	21
<b>SECCIÓN 4 Cambio de plan.....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 7 Preguntas.....</b>	<b>23</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) .....	23
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	24
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid .....	25

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y de 2024 para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Consultas en el consultorio del médico</b></p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta.</p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>  (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:  Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:  Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:  Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:  Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.  (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p>

---

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**

---

**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

---

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid).		

---

**Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo**

---

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo.</b> Usted no es responsable de pagar ningún costo de gastos de bolsillo que se considere para el monto máximo de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su costo de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que usted haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ). También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, se le enviará en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y a las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Autorizaciones previas</b>	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación hospitalaria para pacientes externos podría(n) requerir autorización previa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) autorización previa.</li> </ul>
<b>Remisiones</b>	Ha habido un cambio en los requisitos para las remisiones de los siguientes beneficios dentro de la red.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos puede(n) requerir una remisión.</li> <li>Exámenes auditivos puede(n) requerir una remisión.</li> <li>Anteojos y lentes de contacto puede(n) requerir una remisión.</li> <li>Exámenes de la vista puede(n) requerir una remisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos <u>no</u> requiere(n) una remisión.</li> <li>Exámenes auditivos <u>no</u> requiere(n) una remisión.</li> <li>Anteojos y lentes de contacto <u>no</u> requiere(n) una remisión.</li> <li>Exámenes de la vista <u>no</u> requiere(n) una remisión.</li> </ul>
<b>Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Endodoncia</b>	Se limita a 1 servicio(s) de endodoncia por diente.	Una vez por diente o una vez por diente de por vida según el tipo de servicio.
<b>Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración</b>	Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio.	Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses por diente según el tipo de servicio.
<b>Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo</b>	Usted paga \$95 de copago por cada servicio cubierto.  El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto.  El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Tarjeta Flex Card</b></p>	<p>Usted recibe \$750 en su tarjeta Flex Card. La tarjeta de débito la prepa el plan para servicios dentales, de la vista o auditivos cubiertos. Hasta \$250 se pueden usar solo para servicios relacionados con la vista. Sus dólares restantes del beneficio se pueden gastar entre servicios dentales y auditivos, como usted lo considere más adecuado. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>La tarjeta de débito Flex Card ahora tiene cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.</p>
<p><b>Tarjeta para alimentos saludables (Healthy Foods Card)</b></p> <p><b>Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione estos beneficios como parte del Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.</b></p>	<p>Usted recibe un crédito de \$50 cada mes para gastar en abarrotes elegibles en tiendas minoristas participantes. Este crédito no se traslada al del mes siguiente.</p>	<p>La Tarjeta para alimentos saludables (Healthy Foods Card) ahora tienen cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección de Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.</p>
<p><b>Comidas para miembros con afección crónica (se aplican limitaciones y exclusiones)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por comidas para miembros con afección crónica. Hay un máximo de 3 comidas al día por hasta 28 días, por un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir por hasta 3 meses.</p>	<p>Beneficio de comidas para miembros con afección crónica: <u>no</u> está cubierto.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales</b>	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
<b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones individuales</b>	Usted paga \$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
<b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</b>	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe un beneficio de \$350 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) elegibles a través del pedido por correo o en tiendas minoristas participantes. Este beneficio <u>no</u> se transfiere al siguiente periodo.	Los artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) ahora tienen cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección de Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) - Dispositivos de ayuda</b></p> <p>Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para quienes padecen enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Usted debe cumplir con las normas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.</p>	<p>Dispositivos de ayuda: Usted paga \$0 de copago. Si es elegible, puede recibir hasta \$50 cada trimestre calendario para comprar artículos en una lista de dispositivos de asistencia aprobados por el plan. Al final de cada trimestre calendario, los dólares de beneficio no utilizados <u>no</u> se transfieren al siguiente periodo.</p>	<p>Los dispositivos de ayuda <u>no</u> están cubiertos</p>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI) - Asistencia para servicios públicos</b></p> <p>Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para quienes padecen enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Usted debe cumplir con las normas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.</p>	<p>Asistencia para servicios públicos: Usted paga \$0 de copago. Si es elegible, el plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de \$50 al mes para ayudarle a cubrir el costo de los servicios de su hogar. Cualquier monto en dólares que no se haya utilizado del beneficio de asistencia para servicios públicos vence al final de cada mes. Los servicios aprobados para este beneficio incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Electricidad, gas, servicios sanitarios y de agua</li> <li>- Servicio telefónico de línea fija</li> <li>- Servicio de televisión por cable</li> <li>- Ciertos gastos de combustible</li> </ul>	<p>La asistencia para el pago de servicios públicos <u>no</u> está cubierta por los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI). Dado que nuestro plan participa en el Programa de diseño de seguro basado en el valor (VBID), la asistencia para el pago de servicios públicos ahora está cubierta por Wellcare Spendables™. Consulte la Sección Wellcare Spendables™ de esta tabla para obtener más información.</p> <p>El beneficio no requiere que el miembro cumpla con las pautas de elegibilidad y participación.</p>
<p><b>Transporte médico que no sea de emergencia</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 24 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 24 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.</p>	<p>Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo y a 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios - Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo</b></p>	<p>Usted paga \$95 de copago por cada servicio cubierto.                      El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto.                      El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>
<p><b>Wellcare Spendables™</b></p>	<p>La tarjeta Wellcare Spendables™ <u>no</u> tiene cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe un crédito mensual de \$125 para utilizar en cualquiera de los beneficios descritos a continuación. El crédito se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al principio de cada mes. Cualquier monto no utilizado se transferirá al mes siguiente y caducará al final de cada año. El beneficio máximo es de \$1,500 cada año.                      Puede utilizar el monto de esta tarjeta para cualquiera de los siguientes fines, según lo considere más adecuado a sus necesidades, siempre que no</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>supere el saldo máximo de la tarjeta.</p> <p><b>Dental, vista y audición</b>                      Puede utilizar el crédito de su tarjeta Wellcare Spendables™ para reducir los gastos que paga de su bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o auditivo cubierto por el plan.</p> <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter items, OTC)</b>                      Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan. Su tarjeta puede utilizarse en tiendas minoristas participantes, en línea o a través de una app móvil para entrega a domicilio.</p> <p><b>Medicare aprobó a Wellcare para proporcionar los siguientes beneficios como parte del Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Valué-Based Insurance Design program, VBID). Este plan permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar los planes de Medicare Advantage.</b></p> <p>Como su plan participa en el Modelo de diseño de seguro basado en el valor, también puede utilizar su crédito Wellcare Spendables™ en los beneficios descritos a continuación:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p><b>Combustible (pague en la bomba de combustible)</b>                      Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para pagar directamente por el combustible en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta solo se puede utilizar para cargar combustible hasta por el monto del crédito permitido.</p> <p><b>Alimentos saludables</b>                      Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para ayudar a pagar por alimentos y productos saludables y nutritivos aprobados en tiendas minoristas participantes. Las comidas preparadas están disponibles para solicitarlas a través del portal en línea. El crédito no se puede utilizar para comprar tabaco o alcohol. Los artículos aprobados incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carne y aves</li> <li>• Frutas y verduras</li> <li>• Bebidas nutritivas</li> <li>• Y otros</li> </ul> <p><b>Asistencia para los servicios públicos</b>                      Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ como ayuda para el pago del costo de los servicios públicos de su hogar, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de electricidad, gas, recolección de basura y agua</li> <li>• Servicio de telefonía fija y móvil</li> <li>• Servicio de internet</li> <li>• Televisión por cable (se excluyen los servicios de streaming)</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados gastos derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica</li> </ul> <p><b>Asistencia para el alquiler</b>                      Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ como ayuda para el pago del costo del alquiler de su casa.</p>

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra "Lista de medicamentos" se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra "Lista de medicamentos", incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costos compartidos. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la "Lista de medicamentos" se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los

miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

### Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo por sus medicamentos y <b>usted paga lo que le corresponde del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o para medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Medicare aprobó a Wellcare para brindar copagos/coseguros más bajos como parte del programa Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para más información sobre los beneficios de VBID, comuníquese con Servicios para los miembros.</p>	<p>Su costo por el suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>	<p>Su costo por el suministro para un mes que se obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>

**Cambios en las Etapas de periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que incurren en costos elevados de medicamentos. **La mayoría de las personas no alcanza la Etapa del periodo sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para conocer la información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 2      Cambios administrativos**

La información de la tabla de Cambios administrativos que está a continuación refleja los cambios anuales en su plan que no tienen un impacto directo en los beneficios o los costos compartidos.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cambios al Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM)</b></p> <p>Wellcare se ha asociado con un Administrador de beneficios de farmacia (PBM) para administrar nuestro beneficio de farmacia. A partir del año del plan 2024, nuestro socio PBM cambiará a Express Scripts®. Recibirá una nueva tarjeta de identificación actualizada de Wellcare. <b>Asegúrese de comenzar a usar su nueva tarjeta de identificación a partir del 1/1/24.</b></p> <p>Para garantizar que su farmacia tenga la información más actualizada, <b>muestre su nueva tarjeta de identificación de Wellcare cuando surta una receta por primera vez a partir del 1/1/24.</b></p> <p>Si no tiene su nueva tarjeta de identificación cuando vaya a surtir su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.</p> <p>Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al momento de recogerla y luego solicitar el reembolso.</p>	<p>CVS Caremark</p>	<p>Express Scripts®</p>

### SECCIÓN 3      **Cómo decidir qué plan elegir**

#### **Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

## Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar en 2024, siga estos pasos:

### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare); consulte el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

## ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid), quizás pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes

### Periodos de inscripción especial:

- de enero a marzo
- de abril a junio
- de julio a septiembre

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-432-4040 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP), visite su sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) comuníquese con Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) al 1-855-432-7587 (TTY 1-800-842-6520) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora de la montaña (MT) Puede consultar cómo

se vería afectada su cobertura de Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también "Subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy, LIS). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY, deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Arizona AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Arizona AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-800-334-1540 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.

## SECCIÓN 7 Preguntas

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a

8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024*, (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ). Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"Lista de medicamentos")*.

---

## **Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024***

Lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Arizona Health Care Cost Containment System (Medicaid) al 1-855-432-7587. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-6520 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora de la montaña (MT)

## **Discrimination Is Against the Law**

Wellcare By Allwell complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Wellcare By Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### **Wellcare By Allwell:**

- Provides aids and services at no cost to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters
- Provides written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services at no cost to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages

### **If you need these services, contact Member Services at:**

Wellcare By Allwell: **1-844-796-6811** (TTY/TDD: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you believe that Wellcare By Allwell failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Chief Compliance Officer. You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

### **Submit your grievance to:**

Wellcare By Allwell - Appeals & Grievances - Medicare Operations

P.O. Box 279410 Sacramento, CA 95827

Fax: **1-844-273-2671**

Email: **Arizona\_Medicare@CENTENE.COM**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY/TDD).

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

## La discriminación es un delito

Wellcare By Allwell cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Wellcare By Allwell no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Wellcare By Allwell proporciona:

- Asistencia y servicios sin costo alguno a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

### Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al siguiente número:

Wellcare By Allwell: **1-844-796-6811** (TTY/TDD: **711**). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 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 considera que Wellcare By Allwell no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Cumplimiento. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Su queja se debe realizar por escrito y se debe enviar en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja toma conocimiento de lo que se considera como discriminación.

### Envíe su queja a la siguiente dirección:

Wellcare By Allwell- Appeals & Grievances- Medicare Operations

P.O. Box 279410 Sacramento, CA 95827

Fax: **1-844-273-2671**

Correo electrónico: **Arizona\_Medicare@CENTENE.COM**

También puede presentar un reclamo con respecto a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington D. C. 20201. Asimismo, puede presentar dicha queja por teléfono llamando al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

If you, or someone you are helping, have questions about Wellcare By Allwell, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive oral interpretation, ASL, written translation, or auxiliary services, please contact Member Services at **1-844-796-6811 (TTY 711)**.

<p><b>Spanish</b></p>	<p>Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Wellcare by Allwell, y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo y/o visual que le impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para obtener servicios de interpretación oral, lengua de señas estadounidense (ASL), traducción escrita o servicios auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros al <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b>.</p>
<p><b>Navajo</b></p>	<p>Ha'át'éego nisin, yá'át'éehgo daaztsaáidii daaztsaastiinii dóó haash yáázh bąąhózhqod íif tsínáaztiin, Wellcare By Allwell hózhqod t'áá hwiift'íi yáádááł. Hózhqod t'áá át'éego t'áá diidljigi yáádááł dine'é binaaltsoos daaztsaáidii binaaltsoosii dóó at'ish daaztsaáidii hwiift'íi hózhqod a'jjgo áyiilaa daaztsaáidii dah anáadah yáádááł. Ha'át'éego nisin, yá'át'éehgo daaztsaáidii daaztsaastiinii dóó haash yáázh bee at'ááhago ałdziilii nisin át'ááłtsooígíi hónáaná, bee át'éego dine'é at'ish daaztsaáidii hónáaná hózhqod t'áá hwiift'íi hózhqod béégashii binaaltsoos yee nisin hólqo hastiinii dóó iiná hastiinii hwiift'íi hózhqod a'jjgo áyiilaa dah daaztsaáidii at'ááhago ałdziilii daaztsaáidii binaaltsoosii hwiift'íi hózhqod a'jjgo áyiilaa daaztsaáidii dah anáadah yáádááł. Áádóo oral interpretation, ASL, at'ááhago daaztsaáidii, dóó béégashii binaaltsoos yee hwiift'íi, t'áá hwiift'íi Member Services <b>1-844-796-6811</b> hólqo hastiinii (TTY <b>711</b>) dah.</p>
<p><b>Chinese (Mandarin)</b></p>	<p>如果您或您正在帮助的人对 Wellcare By Allwell 有任何疑问但不精通英语，您有权及时获得以您所用语言提供的免费帮助和信息。如果您或您正在帮助的人有妨碍交流的听力和/或视力障碍，您有权及时获得免费辅助工具和服务。如需口译、美国手语 (ASL)、书面翻译或辅助服务，请致电<b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b> 联系会员服务部。</p>

<p><b>Chinese (Cantonese)</b></p>	<p>如果您或您協助的人對 Wellcare By Allwell 有疑問且不熟練使用英文，您有權利及時免費獲得以您的語言提供的幫助和資訊。如果您或您協助的人患有妨礙溝通的聽覺和/或視覺病況，您有權利及時免費獲得輔助工具和服務。若要獲得口譯、ASL、書面翻譯或輔助服務，請致電 <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>) 聯絡會員服務部。</p>
<p><b>Vietnamese</b></p>	<p>Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc về Wellcare By Allwell, và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin miễn phí và kịp thời bằng ngôn ngữ của quý vị. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có bệnh trạng về thính giác và/hoặc thị giác cản trở giao tiếp, quý vị có quyền nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ phiên dịch nói, ASL, dịch thuật văn bản hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>
<p><b>Arabic</b></p>	<p>إذا كان لديك أنت أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Wellcare By Allwell، ولم تكن ملماً باللغة الإنكليزية، فلديك الحق بالحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك ومن دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني أنت أو شخص تساعدك من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق بالحصول على مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. للحصول على خدمات الترجمة الشفهية الفورية أو ASL (لغة الإشارة الأمريكية) أو الترجمة الكتابية أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>
<p><b>Tagalog</b></p>	<p>Kung kayo, o ang tinutulungan ninyo, ay may mga tanong tungkol sa Wellcare By Allwell, at limitado ang kaalaman sa Ingles, may karapatan kayong humingi ng tulong at impormasyon sa inyong wika sa paraang maagap at nang wala kayong babayaran. Kung kayo, o ang taong tinutulungan ninyo, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kayong makatanggap ng mga pansuportang tulong at serbisyo sa paraang maagap at nang wala kayong babayaran. Para makatanggap ng serbisyo sa pasalitang pagsasalin, ASL, pasulat na pagsasalin, o mga pansuportang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>

<p><b>Korean</b></p>	<p>귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 Wellcare By Allwell에 관한 질문이 있지만 영어가 유창하지 않은 경우, 적절한 시기에 무료로 귀하의 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 소통에 지장을 주는 청각 및/또는 시각적 문제를 가지고 있는 경우, 적절한 시기에 무료로 보조 지원과 서비스를 받을 권리가 있습니다. 구두 통역, ASL, 서면 번역 또는 보조 서비스를 받기 원하시면 <b>1-844-796-6811</b>(TTY <b>711</b>)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.</p>
<p><b>French</b></p>	<p>Si vous, ou une personne que vous aidez, avez des questions sur Wellcare By Allwell et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations dans votre langue, gratuitement et en temps utile. Si vous, ou une personne que vous aidez, souffrez d'un trouble auditif et/ou visuel qui entrave la communication, vous avez le droit de bénéficier d'aides et de services auxiliaires gratuitement et en temps utile. Pour bénéficier de services d'interprétation, d'ASL, de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter les services aux adhérents au <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>
<p><b>German</b></p>	<p>Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Fragen zu Wellcare By Allwell haben und kein Englisch sprechen, haben Sie das Recht auf zusätzliche Unterstützung und das Recht darauf, kostenlos und zeitnah Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Hör- und/oder Sehbehinderungen haben, die die Kommunikation beeinträchtigen, haben Sie das Recht auf zusätzliche kostenlose und zeitnahe Unterstützung. Für mündliche Verdolmetschungen in andere Sprachen und in Gebärdensprache, amerikanische Gebärdensprache (ASL), schriftliche Übersetzungen oder weitere Unterstützung wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst unter: <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>
<p><b>Russian</b></p>	<p>Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы о плане страхования Wellcare By Allwell, при этом вы не владеете английским языком в достаточной мере, у вас есть право бесплатно и своевременно получить помощь и информацию на вашем языке. При наличии у вас или лица, которому вы помогаете, связанного со слухом или зрением медицинского состояния, которое затрудняет коммуникацию, у вас есть право бесплатно и своевременно получить сопутствующую помощь и услуги. Для получения услуг устного перевода, перевода на американский жестовый язык (ASL), письменного перевода либо сопутствующих услуг обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру <b>1-844-796-6811</b> (TTY <b>711</b>).</p>



Thai	<p>หากคุณหรือคนที่คุณให้การช่วยเหลืออยู่มีคำถามเกี่ยวกับ Wellcare By Allwell และไม่ถนัดในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณสามารถขอความช่วยเหลือ และ ขอรับข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ทันที หากคุณ หรือ คนที่คุณให้การช่วยเหลืออยู่มีความพิการด้านการได้ยินและ/หรือ มองเห็นที่ เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือ และ บริการเพิ่มเติมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ทันที หากต้องการล่ามแปล ภาษา, ภาษามือ ASL, คำแปลเป็นลายลักษณ์อักษร หรือบริการเสริมอื่นๆ โปรดติดต่อบริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข <b>1-844-796-6811 (TTY 711)</b></p>
------	--