2026
Resumen de beneficios

Illinois

Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

H6971 | 001

H6971_2026_IL_SB_DSNP_4626672SPA_M
©Wellcare 2026
4636934_IL6CNCSOBSPA_M_0066

Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) | Resumen de beneficios para 2026

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Contenido

A. Descargos de responsabilidad 2

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 4

C. Lista de servicios cubiertos 10

D. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) 31

E. Servicios que Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 34

H. ¿Qué hacer en caso de presunto fraude? 35

A. Descargos de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) para 2026. Constituye únicamente un resumen. Consulte el *Manual del miembro* para leer la lista completa de beneficios. Puede encontrar el Manual del miembro en nuestro sitio web en go.wellcare.com/MeridianIL. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro al 1 844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 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, los fines de semana y los feriados nacionales a partir del 1 de abril al 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda su llamada. 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.

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), de organización de proveedores preferidos (PPO), privado de pago por servicios (PFFS), de medicamentos recetados (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, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame al número de Servicios al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura.

- Según una revisión del modelo de atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) aprobó a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) para operar un plan para personas con necesidades especiales (SNP) hasta 2028.

- 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.

- 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. Si desea consultarlo, ingrese en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Para obtener más información sobre Medicaid, puede consultar el sitio web del Departamento de Servicios de Atención de Salud del estado en hfs.illinois.gov/medicalclients.html.

- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 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, los fines de semana y los días festivos nacionales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. 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. La llamada es gratuita.

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.

- Este documento está disponible en otros idiomas distintos al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-844-536-2180 (TTY 711).

  - Para obtener este documento y otros materiales en otro idioma o formato de manera permanente, llame a Servicios al Miembro al número que figura en el margen inferior de la página. Guardaremos su elección. Esto se denomina “solicitud permanente”.

  - Si, en el futuro, desea cambiar el idioma o la opción de formato, llame a Servicios al Miembro al número que figura en el margen inferior de la página.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla, se enumeran las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un FIDE SNP de Illinois?	El plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad completamente integrado (FIDE SNP) de Illinois es uno de los programas de atención administrada de Illinois. Este programa es para personas mayores y personas con discapacidades que reciben todos los beneficios de Medicaid y Medicare. El FIDE SNP de Illinois cubre todos sus beneficios de Medicare, Medicare Part D y los beneficios adicionales en un solo plan de salud, con una sola tarjeta de identificación (ID) de miembro. Los FIDE SNP de Illinois tienen coordinadores de la atención que le ayudan a administrar toda su atención de salud y los servicios y apoyos a largo plazo. Si se inscribe en un FIDE SNP, no pierde ninguno de sus beneficios de los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (MLTSS) ni de Medicare. Todos los servicios que usted recibe de Medicaid y Medicare todavía están disponibles, junto con el acceso a algunos servicios adicionales. Para poder inscribirse en un FIDE SNP en Illinois, debe tener derecho a acceder a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y tener derecho a todos los beneficios de Medicaid. También debe vivir en el área de servicios del plan (los condados donde se ofrece ese plan). Los condados que se encuentra dentro del área de servicios se enumeran en la pregunta frecuente (FAQ) “Dónde está disponible el plan” de esta sección del documento.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Con Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO 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 una agencia estatal o del condado. Cuando se inscriba en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), usted y su coordinador de la atención trabajarán en conjunto para crear *un plan de atención individualizado* 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 que Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) cubra este medicamento, si es médicamente necesario. Llame a Servicios al Miembro al número que figura 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?	Usualmente, sí. Si sus proveedores (incluidos los médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención de salud) trabajan con Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, 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. **Usted debe usar los proveedores de la red de** Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP). • Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir acudiendo a los proveedores que utiliza ahora durante 180 días a partir de su fecha de elegibilidad durante su período de continuidad de la atención y 90 días si proviene de otro plan FIDE SNP. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si necesita una consideración adicional. Para saber si sus proveedores están en la red del plan, llame a Servicios al Miembro al número que figura en el margen inferior de la página o lea el *Directorio de proveedores y farmacias* de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) en el sitio web del plan en go.wellcare.com/2026providerdirectories. Si es la primera vez que utiliza Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP)?	Un coordinador de la atención de Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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. En algunos casos, es posible que un condado u otra agencia administre estos servicios. De ser así, su coordinador de la atención o equipo de atención trabajará con esa agencia.
¿Qué sucede si necesito un servicio pero ningún proveedor de la red de Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)?	El área de servicios de este plan incluye los condados de Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, De Witt, DeKalb, Douglas, DuPage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette, Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, La Salle, Lake, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, McDonough, McHenry, McLean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, St. Clair, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago y Woodford de Illinois. 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) para solicitar servicios fuera de la red o para obtener servicios que nuestra red no cubre habitualmente **antes** de obtenerlos. Es posible que Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) antes de que se proporcione el servicio. Consulte el **capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el **capítulo 4** del *Manual del miembro* para conocer 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 al número que figura en el margen 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) no cubra los servicios. Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que obtenga una remisión de su PCP antes de que se presten. No necesita una remisión del médico para consultar a determinados especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Consulte el *Manual del miembro* para saber cuándo necesitará obtener una remisión de su PCP.
¿Pago un monto mensual (también llamado prima) en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)?	No. Debido a que tiene Medicaid, no pagará ninguna prima de Medicare Part B por su cobertura médica.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Pago un deducible como miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)?	No. Usted no paga deducibles en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).
¿Cuál es el monto máximo de gastos de bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)?	No hay costos compartidos para los servicios médicos en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de $0.
¿Debo pagar más para inscribirme en este plan?	No tiene que pagar más para inscribirse en este plan.
¿Cómo coordina este plan mis beneficios de Medicare y Medicaid?	Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a formar. Su equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. Tendrá un coordinador de la atención. Es una persona que trabaja con usted, con el plan y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
¿Puedo dirigir mi propia atención?	Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y de su coordinador de la atención. El equipo de atención y el administradora de casos trabajarán con usted para elaborar un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo, lo siguiente: • El equipo de atención se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para reducir los efectos secundarios. • Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

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 un hospital. Excepto en casos de emergencia, se requiere autorización previa.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios de Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC)	$0	Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa.
	Atención de un médico o cirujano	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
Quiere un médico	Consultas para tratar una herida o enfermedad	$0	Ninguna.
	Atención para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe y exámenes para detectar cáncer	$0	Es posible que se requiera autorización previa para ciertos exámenes preventivos.
	Consultas de bienestar, como un examen físico	$0	Ninguna.
	“Bienvenido a Medicare” (consulta preventiva por única vez)	$0	Ninguna.
	Atención especializada	$0	Posiblemente se apliquen reglas de 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 emergencia	Servicios en la sala de emergencias	$0	Los servicios de sala de emergencias no requieren una remisión del médico ni autorización previa y se pueden proporcionar en un centro dentro o fuera de la red. Copago de $115 por servicios de emergencia internacionales. Cuenta con una cobertura de hasta $50,000 al año para servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo. La atención de emergencia está cubierta en los Estados Unidos y sus territorios.
	Atención de urgencia	$0	Los servicios de atención de urgencia no requieren remisión del médico ni autorización previa. Puede recibir servicios de atención de urgencia de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. Copago de $115 por servicios de emergencia internacionales. Cuenta con una cobertura de hasta $50,000 al año para servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo.

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.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	$0	Es posible que se requiera autorización previa.
Necesita servicios de audición/auditivos	Exámenes de diagnóstico de audición	$0	Se limita a 1 examen por año. Es posible que se requiera autorización previa.
	Audífonos	$0	Nuestro plan también cubre audífonos conforme a su cobertura de Medicare para lo siguiente: Ajuste/Evaluación: 1 por año. Audífonos: 2 (1 por oído) por año con una cobertura asignada máxima de $1,000 por audífono. Posiblemente se apliquen reglas de 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 dental (continúa en la página siguiente)	Controles dentales y atención preventiva	$0	Los servicios dentales están cubiertos de acuerdo con el programa Medicaid estatal. Nuestro plan también cubre la atención dental de rutina conforme a su cobertura de Medicare para los siguientes servicios preventivos: • Examen bucal: 2 por año. • Radiografías dentales.* • Otros servicios de diagnóstico: 1 por visita. • Otros servicios preventivos: 1 por diente cada 6 meses. * Los límites con respecto a la frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el Manual del miembro para obtener más información. Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención dental restaurativa y de emergencia	$0	Para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos por nuestros beneficios de Medicaid o nuestra red de proveedores dentales, visite: www.ilmeridian.com/members/medicaid/benefits-services/dental-care.html.

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)	Atención dental restaurativa y de emergencia		Nuestro plan también cubre la atención dental de rutina conforme a su cobertura de Medicare para los siguientes servicios integrales (con una cobertura asignada limitada de $4,000 por año): • Servicios de restauración.* • Endodoncia.* • Periodoncia.* • Prostodoncia, removible y fija.* • Cirugía bucal/maxilofacial.* • Servicios generales complementarios.* * Los límites con respecto a la frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el Manual del miembro para obtener más información. 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	Examen ocular de rutina: 1 al año y según sea médicamente necesario. Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	Con el beneficio de Medicare, usted recibe una cobertura asignada combinada de hasta $300 para lentes de contacto y anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) por año. Con el beneficio de Medicaid, usted obtiene lo siguiente: Anteojos (marcos y lentes): 1 cada dos años. Lentes de contacto: 1 cada 2 años. Los lentes de contacto y especiales pueden requerir autorización previa.
	Otra atención de la vista	$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 servicios de salud del comportamiento (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud del comportamiento	$0	Este plan cubre sesiones de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios, servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados, acceso al programa de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios y al programa intensivo para pacientes ambulatorios. Nuestro plan también cubre programas comunitarios y ambulatorios en asociación con los Servicios de la Opción de Rehabilitación de Salud Mental del DHS. Para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento, visite: https://hfs.illinois.gov/medicalclients/behavioral/medicaidcommunitybehavioralhealthservices.html https://www.ilmeridian.com/members/medicaid/benefits-services/behavioral-health.html Pueden aplicarse reglas de autorización previa y remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita servicios de salud del comportamiento (continuación)	Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios basados en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud del comportamiento	$0	Los servicios de salud del comportamiento son un tipo de atención de salud que ofrece apoyo emocional, tratamiento, psicoterapia y orientación. Nuestro plan cubre los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados, el programa de hospitalización parcial (PHP) para pacientes ambulatorios y el programa ambulatorio intensivo (IOP). También cubre programas comunitarios y ambulatorios en asociación con los Servicios de la Opción de Rehabilitación de Salud Mental del DHS. Posiblemente se apliquen reglas de 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 servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	Los servicios para el consumo de sustancias son beneficios cubiertos a través de la asociación de Meridian con la División de Prevención y Recuperación del Consumo de Sustancias (SUPR). Los servicios de desintoxicación para trastornos por consumo de sustancias (SUD) para pacientes hospitalizados están cubiertos una vez cada 60 días. Los servicios adicionales cubiertos para el consumo de sustancias incluyen lo siguiente: Sesiones de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios Programa intensivo para pacientes ambulatorios Examen de detección y evaluación Este plan cubre sesiones de asesoramiento individual y grupal para pacientes ambulatorios conforme a sus servicios de Medicare. Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
Necesita un lugar para vivir con personas disponibles para brindarle ayuda	Atención de enfermería especializada	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Atención en centro de convalecencia	$0	Posiblemente se apliquen reglas de 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 terapia después de un derrame cerebral o accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Es posible que se requiera autorización previa. Pueden aplicarse reglas de remisión del médico.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	Los servicios de ambulancia para emergencias no requieren remisión del médico ni autorización previa. Se necesita autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.
	Transporte de emergencia	$0	
	Transporte para las citas médicas y los servicios médicos	$0	Llame al 1 844-536-2180 (TTY: 711). Es posible que se requiera autorización previa.
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 médicos. Si quiere obtener más información sobre estos medicamentos, lea el *Manual del miembro*. 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 afección (continuación)	Medicamentos de Medicare Part D Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: medicamentos genéricos Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Nivel 4: medicamentos no preferidos 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. Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.	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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Algunos medicamentos recetados pueden requerir autorización previa o que primero pruebe otro medicamento. Pueden aplicarse límites de cantidad. Los medicamentos de nivel 5 tienen un suministro límite de 30 días por surtido. Un suministro para más cantidad de días de algunos medicamentos está disponible a través de compra por correo y ciertas farmacias minoristas. Si quiere obtener más información, consulte nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* y averigüe para qué medicamentos está disponible el suministro para más cantidad de días.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos de venta libre (OTC)	Copago de $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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Los artículos de venta libre ahora están cubiertos por Wellcare Spendables®. Consulte la sección Wellcare Spendables® de esta tabla para obtener más información.

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 recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Equipo médico para atención a domicilio	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios de diálisis	$0	
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios ortopédicos	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
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** del *Manual del miembro*.	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Nebulizadores	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Suministros y equipo de oxígeno	$0	Posiblemente se apliquen reglas de 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 (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud en el hogar	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad.
	Servicios de salud diurnos para adultos, servicios comunitarios para adultos (CBAS) u otros servicios de apoyo Comidas a domicilio	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad. El plan ofrece comidas entregadas a domicilio inmediatamente después de la hospitalización del paciente. El beneficio cubre 3 comidas por día durante un máximo de 14 días, con un límite de 42 comidas por evento. El plan también ofrece comidas entregadas a domicilio como parte de un programa supervisado para miembros con una condición crónica. Para calificar, el miembro debe tener insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), sida, asma, enfermedad de las arterias coronarias (CAD), diabetes o hipertensión. El beneficio cubre 3 comidas por día hasta 28 días, con un máximo de 84 comidas por mes. El miembro puede recibir el beneficio de comidas por enfermedades crónicas por un máximo de 3 meses. Pueden aplicarse reglas de remisión del médico.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación)	Servicios de habilitación diurnos	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad.
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de atención de salud en el hogar o servicios de asistentes de cuidado personal)	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos (solo la manipulación manual de la columna vertebral) conforme a las pautas de cobertura de Medicare.	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Suministros y servicios para pacientes con diabetes	$0	Las plantillas o los zapatos terapéuticos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. El glucómetro para personas con diabetes y los suministros se limitan a Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas y sistemas de monitoreo continuo de glucosa, a menos que estén autorizados previamente. Pueden aplicarse límites de cantidad. Posiblemente se apliquen reglas de 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)	Servicios protésicos	$0	Pueden aplicarse límites de cantidad. Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios de residencia asistida u otros servicios de vivienda	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad.
	Atención de relevo	$0	Se requiere inscripción en el programa de exención estatal. La elegibilidad para los servicios de exención la determina el estado de Illinois. Se aplican las reglas de autorización y elegibilidad.
	Radioterapia	$0	Posiblemente se apliquen reglas de autorización previa.
	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$0	Posiblemente se apliquen reglas de 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)	Plataforma de apoyo social	$0	Servicios ilimitados de la plataforma de apoyo social todos los años. Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para fomentar su bienestar general. La plataforma ofrece participación comunitaria, actividades terapéuticas y recursos patrocinados por el plan para ayudar a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma le permite participar y mantenerse involucrado fácilmente. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee. La plataforma incluye lo siguiente: • Programas de bienestar personalizados. • Apoyo de pares y expertos. • Herramientas de salud digital personalizadas. Consulte el Manual del miembro para obtener más información.

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 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 Servicios al Miembro.	$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® de 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. • **Comida saludable:** Puede utilizar la tarjeta para comprar alimentos y productos saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que haya opciones de entrega disponibles para los alimentos elegibles. Puede pedir 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)	**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 el Manual del miembro del plan.	$0	• **Artículos de seguridad y asistencia en el hogar:** Puede usar su tarjeta para cubrir en parte el costo y la instalación de artículos de seguridad y asistencia en el hogar. Inicie sesión en el portal para miembros para comprar artículos aceptados. • **Subvención para la renta:** Puede utilizar la tarjeta para cubrir en parte el costo de la renta/hipoteca de su hogar. • **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)	Wellcare Spendables®	$0	Recibirá $153 **mensuales** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (OTC) y servicios dentales, de la vista y de la audición. 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. **Servicios dentales, de la vista y de la audición:** Puede usar la tarjeta para reducir los gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista o de la audición elegibles. **Los beneficios que se mencionan a continuación son parte de los SSBCI. No todos los miembros calificarán. Debe cumplir con los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.**

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)	Wellcare Spendables®	$0	**Si califica,** la cobertura asignada de su tarjeta también puede usarse para lo siguiente: • Pago del combustible en el surtidor. • Alimentos saludables. • Artículos de seguridad y asistencia en el hogar. • Artículos y servicios para el control de plagas. • Subvención para la renta. • Asistencia para servicios públicos. Consulte 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.
	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)	Servicios de apoyo en el hogar	$0	Hasta 24 consultas por año. Lo que debe saber: Puede recibir servicios de tareas domésticas si cumple determinados criterios clínicos. Este beneficio brinda asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Los servicios se prestan en incrementos de dos horas. Pueden aplicarse reglas de remisión del médico.

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 el *Manual del miembro* de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Si no tiene un *Manual del miembro*, llame a Servicios al Miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) a los números que figuran en el margen inferior de esta página para obtener uno. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios al Miembro o visitar el sitio web go.wellcare.com/MeridianIL.

D. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

Existen algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), pero que sí por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro al número que figura en el margen inferior de la página para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	**Sus costos**
Ciertos servicios de atención para pacientes terminales cubiertos fuera de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)	$0
Ciertos servicios de transporte que no son de emergencia de Medicaid	Cubiertos en el programa de pago por servicio de Illinois. $0.

E. Servicios que Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro al número que figura en el margen inferior de la página para obtener más información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)**, Medicare y Medicaid no cubren**	
Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.	Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que la comunidad médica, en general, no acepta.	Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra para asegurar la simetría.	Los servicios considerados no “razonables ni necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en la lista de nuestro plan como servicios cubiertos.
Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.	Atención de enfermería privada.
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.	Queratotomía radial y cirugía LASIK.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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. Si quiere obtener más información al respecto, lea el *Manual del miembro*. 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 (incluidos los trastornos mentales), el estado civil, la edad, el sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), 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 proveedores de atención de salud y del coordinador de la atención.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a 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 Meridian Dual Align (HMO 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 físico.** 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 solicitar 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 o los servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar un reclamo en la línea directa para denunciar fraudes del estado de Illinois al 1-844-453-7283. Puede llamar a este número de forma gratuita las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. El sitio web de Illinois es hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).
  - Solicitar una audiencia ante el estado.

- Obtener un motivo detallado por el cual se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el *Manual del miembro*. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al número que figura en el margen inferior de la página.

También puede llamar al defensor del pueblo especial para personas que tienen Medicare y Medicaid al 1-800-252-8966 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora local.

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

Si tiene un reclamo o cree que Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) debería cubrir algo que rechazamos, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en el margen inferior de la página. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre los reclamos y las apelaciones, puede leer el **capítulo 9** del *Manual del miembro*. También puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al número que figura en el margen inferior de esta página.

Apelaciones de la Parte D (medicamentos)
Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)
Attn: Pharmacy Appeals
P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Teléfono: 1-844-536-2180 (TTY: 711)

Apelaciones de la Parte C (costos médicos y medicamentos de la Parte B) y
Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)
Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10052
Van Nuys, CA 91410-0052
Teléfono: 1-844-536-2180 (TTY: 711)

Quejas o reclamos de la Parte C (costos médicos y medicamentos de la Parte B) y la Parte D (medicamentos)
Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)
Attn: Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450
Teléfono: 1-844-536-2180 (TTY: 711)

Puede llamar directamente al estado de Illinois para obtener ayuda con sus problemas o reclamos. Llame a la Línea Directa sobre Beneficios de Salud del Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois al 1-800-226-0768 (TTY: 1-877-204-1012), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

H. ¿Qué hacer en caso de presunto 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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Los números de teléfono figuran en la parte inferior de esta página.
- 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.
- Si sospecha que un proveedor de Medicaid (p. ej., un médico, un hospital, un centro de convalecencia, un asistente personal) o una organización de atención administrada, Illinois Health Connect, First Transit o DentaQuest están cometiendo fraude, llame al 1-844-ILFRAUD/1-844-453-7283.

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 Meridian Dual Align (HMO D-SNP) **al siguiente número:**

1 844-536-2180
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, los fines de semana y los feriados nacionales a partir del 1 de abril al 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda su llamada. 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. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales a partir del 1 de abril al 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda su llamada. 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.

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**. Un miembro del personal de enfermería escuchará su problema y le dirá cómo obtener atención. Los números de la **Línea de Consultas de Enfermería** son los siguientes:
1 844-536-2180
Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Wellcare Meridian Dual Align (HMO 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. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Si necesita atención de la salud del comportamiento de forma inmediata, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento:
1-800-345-9049
Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
1-866-794-0374
Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Español **(Spanish)** ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Polski **(Polish)** UWAGA: usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Bezpłatnie oferowane są również dodatkowe pomoce i usługi pozwalające na przekazanie informacji w formacie przystępnym dla odbiorcy. Zadzwoń pod numer 1-844-536-2180 (TTY: 711).

简体中文 **(Chinese - Simplified)** 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-844-536-2180（TTY：711）。

繁體中文 **(Chinese - Traditional)** 注意：我們爲您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-844-536-2180 (TTY：711)。

한국어 **(Korean)** 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-844-536-2180 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog **(Tagalog)** ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-844-536-2180 (TTY: 711).

العربية **(Arabic)** انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجانًا مساعِدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Русский **(Russian)** ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Вы также можете бесплатно получить соответствующие вспомогательные средства и услуги, направленные на предоставление информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-844-536-2180 (TTY: 711).

4377401_NA6WCMINSMLT_M_ILFE_LS 07/25

ગુજરાતી **(Gujarati)** ધ્યાન આપવાની જરૂર છે: તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની મફત સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. ઍક્સેસ કરી શકાય તેવાં ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-844-536-2180 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

اردو **(Urdu)** توجہ: زبان معاونت کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابلِ رسائی شکل میں فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-536-2180 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Tiếng Việt **(Vietnamese)** LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Italiano **(Italian)** ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili supporti e servizi ausiliari gratuiti adatti a fornire le informazioni in formati accessibili. Chiamare il numero 1-844-536-2180 (TTY: 711).

हिंदी **(Hindi)** ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं. एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं. 1-844-536-2180 (TTY: 711) पर कॉल करें.

Français **(French)** REMARQUE : des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-536-2180 (TTY : 711).

Ελληνικά **(Greek)** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται επίσης δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Deutsch **(German)** ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-844-536-2180 (TTY: 711).

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.

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, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/MeridianIL 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.
- ☐ 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 2027.
- ☐ **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.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el Directorio de proveedores).
- ☐ Este es un plan para personas con necesidades especiales y 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.