Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) *ofrecido por* Nebraska Total Care, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para ver 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, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/NE. Además, 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, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Compare la información del plan para 2024 y 2025 a fin de averiguar si alguno de estos medicamentos se traslada a un nivel diferente de costo compartido o si estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad durante 2025.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

☐ Verifique si usted califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

- ☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE**: Conozca otras opciones de planes

- ☐ 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, o consulte la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- ☐ 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 a más tardar el 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP).
- Si desea **cambiarse 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 2025**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP).
- Consulte la Sección 3, página 33 para obtener más información 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) o actualmente vive 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. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare por dos meses completos después del mes en el que se mudó de la institución.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para más información, llame a nuestro número de Servicios para los miembros al número 1-844-796-6811. (Los usuarios 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. Considere que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, braille, audio, letra grande o en 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.

Acerca de Wellcare Dual Access Open (PPO 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. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Nebraska para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Nebraska Total Care, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP).

H1395_001_2025_NE_ANOC_PDSNP_154842S_M

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025 5

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 12

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 12
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 12
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 14
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 15
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 24

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 33

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir 33

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) 33
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 34

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 34

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Nebraska Medicaid 35

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 36

SECCIÓN 7 Preguntas 37

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) 37
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 38
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Nebraska Medicaid 38

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y de 2025 para Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	$0
Deducible Si es elegible para recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicaid a través de Medicaid, usted paga $0. Sin embargo, los proveedores fuera de la red que no estén inscritos en Medicaid de su estado pueden cobrar un monto de deducible según sea su categoría de elegibilidad de Medicaid.	$0 o $240 excepto por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.	$0 o $240 excepto por la insulina provista a través de un equipo médico duradero. Este es el monto definido por Medicare para 2024 y puede cambiar en 2025. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros.
Consultas en el consultorio de un médico	**Dentro de la red:** Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta	**Dentro de la red:** Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Fuera de la red: Consultas de atención primaria: $0 o 40% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid. por consulta Consultas con un especialista: $0 o 40% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid. por consulta	**Fuera de la red:** Consultas de atención primaria: $0 o 40% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid, por consulta Consultas con un especialista: $0 o 40% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid, por consulta
Estancias hospitalarias de pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: **Dentro de la red:** $0 de copago por cada hospitalización cubierta **Fuera de la red:** $0 o 35% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid. por los días 1 al 90 por cada hospitalización cubierta	Para admisiones cubiertas, por admisión: **Dentro de la red:** $0 de copago por cada hospitalización cubierta **Fuera de la red:** $0 o 35% del costo total, según su categoría de elegibilidad de Nebraska Medicaid, por los días 1 al 90 por cada hospitalización cubierta
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: $0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga $0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Si recibe “Ayuda adicional”, paga el siguiente monto: Deducible: $0 Según su nivel de “Ayuda adicional”, usted sólo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		tratados como genéricos): • $0 de copago o • $1.60 de copago o • $4.90 de copago Para todos los demás medicamentos cubiertos: • $0 de copago o • $4.80 de copago o • $12.15 de copago Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Si no reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare, pagará lo siguiente por los costos de sus medicamentos con receta: Deducible: $390 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
	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.	• Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Costo compartido estándar: Usted paga $19 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $3 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga $20 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $19 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga 20% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga 20% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $100 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga $100 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: Costo compartido estándar: Usted paga 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: Costo compartido estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: $8,850 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $13,300 Usted no es responsable de pagar ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos dentro de la red. Sin embargo, según sea su categoría de elegibilidad de Medicaid, los proveedores fuera de la red que no estén inscritos en Medicaid de su estado pueden cobrarle costos compartidos que paga de su bolsillo que se aplicarían a su monto máximo que paga de su bolsillo.	De proveedores de la red: $9,350 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $13,300 Usted no es responsable de pagar ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos dentro de la red. Sin embargo, según sea su categoría de elegibilidad de Medicaid, los proveedores fuera de la red que no estén inscritos en Medicaid de su estado pueden cobrarle costos compartidos que paga de su bolsillo que se aplicarían a su monto máximo que paga de su bolsillo.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Nebraska Medicaid).	$0	$0

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 paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red **Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.** Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su costo para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$8,850	$9,350 Una vez que usted haya pagado $9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte Bde proveedores de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo combinado que paga de su bolsillo Usted no es responsable de pagar ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que se reciben dentro de la red. Sin embargo, según su categoría de elegibilidad de Medicaid, los proveedores fuera de la red que no están inscritos en Medicaid de su estado podrían cobrarle un costo compartido que se paga de su bolsillo, el cual se aplicaría al monto máximo que usted paga de su bolsillo. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo combinado de lo que paga de su bolsillo. Su costo para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$13,300	$13,300 Una vez que haya pagado $13,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red y fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que otras farmacias de la red ofrecen para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias* de 2025 en www.2025wellcaredirectories.com 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 de farmacias* de 2025 en www.2025wellcaredirectories.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

La red de farmacias de Wellcare incluye farmacias preferidas de bajo costo limitadas en áreas rurales de Nebraska. Los costos más bajos anunciados en los documentos de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-844-796-6811 (TTY: 711) para Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) y Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) o al 1-800-977-7522 (TTY: 711) para Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Simple Open (PPO) y Wellcare Assist Open (PPO), o consulté el *Directorio de farmacias* en línea en www.wellcare.com/NE.

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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos	Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales integrales.	Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales de diagnóstico y preventivos.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales	Hasta $1,000 de asignación para los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red y fuera de la red cada año.	Hasta $1,500 de asignación para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red y fuera de la red cada año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios de diagnóstico	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico cada año.	Se limita a 1 otro(s) servicios(s) de diagnóstico cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral y maxilofacial	Se limita a cada 12 a 60 meses o de por vida o una vez por diente de por vida según el tipo de servicios cubiertos.	Se limita a 1 cirugías orales y maxilofaciales cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Radiografías dentales	Se limita a 1 set(s) cada 12 a 36 meses según el tipo de servicio.	Se limita a 1 set(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos	**Dentro de la red** Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos no están cubiertos.	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos	Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales preventivos no están cubiertos.	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos	**Fuera de la red** Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales preventivos no están cubiertos.	**Fuera de la red** Usted paga 50% del costo total.
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga $100 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.	**Dentro de la red** Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético no están cubiertas.
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético	**Fuera de la red** Usted paga $0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.	**Fuera de la red** Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético no están cubiertas.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio no está cubierta.	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio no está cubierta.	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio no está cubierta.	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Servicios adicionales para dejar de fumar	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto, hasta 5 consulta(s) cada año.	**Dentro de la red** Servicios adicionales para dejar de fumar no están cubiertos.
Servicios adicionales para dejar de fumar	**Fuera de la red** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto, hasta 5 consulta(s) cada año.	**Fuera de la red** Servicios adicionales para dejar de fumar no están cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras afecciones elegibles que no figuran en la lista. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose únicamente en su afección. Todos los requisitos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que se brinde el beneficio. Para obtener detalles, comuníquese con nosotros. Además, consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).	No se ofrecen Beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).	Si reúne los requisitos para recibir SSBCI, obtendrá un extra de $36 mensuales agregados a su tarjeta Wellcare Spendables™ (para un total de $136 de asignación mensual) para gastar en los beneficios que se muestran a continuación. La asignación se combina con su beneficio para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). El beneficio estará disponible el primer día del mes siguiente al que se determine que usted es elegible. Usted paga un copago de $0. Consulte la sección Wellcare Spendables™ de esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables™. Alimentos saludables Si es elegible, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para ayudar a pagar alimentos nutritivos y productos agrícolas aprobados en los comercios participantes. Las comidas preparadas están disponibles para ordenar a través del portal en línea. La asignación no puede utilizarse para comprar tabaco o alcohol. Los artículos aprobados incluyen: • Carne y aves • Frutas y verduras • Bebidas nutricionales • Y más

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Artículos de seguridad y mejora del hogar Si usted es elegible, puede utilizar su tarjeta para ayudar con el costo de las mejoras del hogar y artículos de seguridad. Pago de gasolina en el surtidor Si usted cumple con los requisitos, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para pagar la gasolina directamente en el surtidor. La tarjeta no puede utilizarse para pagar en persona en la caja registradora. Su tarjeta únicamente se puede utilizar para surtir gasolina hasta el monto de la asignación disponible. Asistencia para los servicios públicos Si usted es elegible, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para ayudar a pagar los servicios públicos para su hogar aprobados por el plan, incluidos: • Servicios de electricidad, gas, recolección de basura y agua • Servicio de telefonía fija y móvil • Servicio de internet • Servicio de televisión por cable (excluidos los servicios de streaming) • Determinados gastos en derivados del petróleo,

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		como el combustible para calefacción doméstica Asistencia para el alquiler Si es elegible, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para ayudar con el costo del alquiler de su vivienda.
Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	Usted paga $100 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.
Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)	Usted paga $0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para los siguientes beneficios: • Alimentos saludables: Productos agrícolas y alimentos saludables y nutritivos aprobados en comercios minoristas participantes. • Pago de gasolina en el surtidor: Pague el combustible directamente en el surtidor • Asistencia para los servicios públicos: Servicios públicos aprobados por el plan para su hogar • Asistencia para el alquiler: Costo del alquiler de su vivienda Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa	Su plan no ofrece beneficios de Modelo de Diseño basado en el valor (Value-Based Insurance Design Model benefits, VBID). Consulte la sección Wellcare Spendables™ de esta tabla para obtener información sobre los beneficios que están disponibles con su asignación Wellcare Spendables™. Para más información consulte su *Evidencia de cobertura (EOC).*

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para más información consulte su *Evidencia de cobertura (EOC).*	
Wellcare Spendables™	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $127 para utilizar para cualquiera de los beneficios descritos abajo. La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al comienzo de cada mes. Cualquier monto de asignación no utilizado se transferirá al mes siguiente y vencerá al final de cada año. El beneficio máximo es de $1,524 cada año. Puede utilizar el monto en esta tarjeta para cualquiera de los siguientes, según le parezca más apropiado para satisfacer sus necesidades, si no supera el saldo máximo en la tarjeta. Servicios dentales, de la vista y auditivos Puede utilizar su crédito de su tarjeta Wellcare Spendables™ para reducir sus gastos de bolsillo por cualquier servicio	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $100 para pagar artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Si reúne los requisitos para recibir los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), se le agregará una asignación mensual adicional de $36 en su tarjeta, por un total de $136 de asignación mensual. Esta asignación total puede gastarse en artículos de venta libre y beneficios de SSBCI. La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ a principios de cada mes. Cualquier monto no utilizado pasará al mes siguiente y vencerán al final de cada año. La asignación de su tarjeta

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	dental, de la vista y/o auditivo cubierto por el plan. Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para artículos de venta libre aprobados por el plan. Su tarjeta se puede utilizar en comercios minoristas participantes, por internet o a través de la aplicación móvil para entregas a domicilio. Además, puede utilizar la asignación de Wellcare Spendables™ para los siguientes beneficios del programa de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID): • Alimentos saludables: alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos aprobados en comercios minoristas participantes • Pago de gasolina en el surtidor: pague la gasolina directamente en el surtidor • Asistencia para los servicios públicos: servicios públicos para su hogar aprobados por el plan • Asistencia para el alquiler: costo del alquiler de su casa Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione estos beneficios como parte del programa de Diseño de seguro	puede utilizarse para los beneficios descritos a continuación siempre que no supere el saldo máximo de la tarjeta: Artículos de venta libre (OTC) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan. Puede utilizar su tarjeta en los establecimientos minoristas participantes, en línea o a través de la aplicación móvil para entrega a domicilio. Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de SSBCI. No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los requisitos de elegibilidad para recibir los siguientes beneficios del plan. Si reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.	• Alimentos saludables: Alimentos y productos saludables y nutritivos aprobados en los comercios minoristas participantes. • Pago de la gasolina en el surtidor: Pague la gasolina directamente en el surtidor • Asistencia para los servicios públicos: Servicios públicos para su hogar aprobados por el plan • Asistencia para el alquiler: Costo del alquiler de su vivienda • Artículos para mejora del hogar: Costo de las mejoras del hogar y artículos de seguridad. Consulte Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. Beneficios dentales, de la vista y de la audición No puede utilizar su asignación de la tarjeta Wellcare Spendables™ para reducir sus gastos de bolsillo por ningún servicio dental, de la vista y/o auditivo cubierto por el plan.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plataforma de apoyo social	La plataforma de apoyo social no es un beneficio cubierto.	Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto. Sin límite de servicios de la plataforma de apoyo social cada año. Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para apoyar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades comunitarias y terapéuticas, así como a recursos patrocinados por el plan que le ayuden a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita incorporarse y mantenerse involucrado con el fin de mantener una trayectoria saludable de salud conductual. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana para que la pueda utilizar cuando lo desee. La plataforma Twill incluye: • Programas de bienestar hechos a la medida • Apoyo de pares y expertos • Herramientas de salud digitales personalizadas Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

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 denomina 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, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o bien si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de diferente costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se implementan al principio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecerle la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará a su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del medicamento del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por un biosimilar, es posible que usted no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realicemos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA en: https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede comunicarse con Servicios para los miembros o pedir más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que reúna los requisitos para obtener una reducción o eliminación del costo compartido de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. **Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drug*s (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este inserto a más tardar el 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para los miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Stage	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, **usted paga los costos totales** de sus medicamentos Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	El deducible es de $390. Durante esta etapa, usted paga ya sea $19 o $3 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la suya.**	El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es:	El costo de un suministro para un mes es:

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Usted paga un copago de $0 por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Su costo por un mes de medicamento con receta de pedido por correo es de $0.	**Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $19 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $19. *Costo compartido preferido:* Usted paga $3 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $3. **Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $20. *Costo compartido preferido:* Usted paga $19 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $19.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
		Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: *Costo compartido estándar:* Usted paga 20% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 20%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 20% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 20%.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
		Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $100 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $100. *Costo compartido preferido:*: Usted paga $100 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $100.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
		Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%. **Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos**: *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez haya pagado $2,000 de su bolsillo los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione copagos/coseguro más bajos como parte del programa de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este modelo permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre los beneficios de VBID.

Descripción	2024 (este año)	2025 (año próximo)
Eliminación de costos compartidos de la Parte D	Debido a que usted califica para la eliminación de costos compartidos de la Parte D, usted no paga nada por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.	No se ofrece la eliminación de costos compartidos de la Parte D.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6, Sección 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	2024 (este año)	2025 (año próximo)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No se aplica	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos con receta y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al repartirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero - diciembre). Para conocer más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-750-9969. (TTY solamente, llame al 1-800-716-3231). Estamos disponibles para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año o bien, visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Access Open (PPO 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 Access Open (PPO D-SNP).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el año próximo, pero si desea cambiarse de plan en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse 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) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025*), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (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 diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse 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 BIEN,* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Plazo para el 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 2025**.**

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, 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 mudan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Debido a que usted cuenta con Nebraska Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática), o
- Si es eligible, un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta su opción de plan, también 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 2025.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), o actualmente vive allí, puede modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se muda de ahí.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Nebraska 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 Nebraska, el SHIP se llama Nebraska 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 Nebraska 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 Nebraska State

Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-234-7119 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre Nebraska State Health Insurance Assistance Program (SHIP), visite su sitio web (https://doi.nebraska.gov/consumer/senior-health).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Nebraska Medicaid comuníquese con Nebraska Medicaid al 1-855-632-7633 (TTY 1-800 833-7352) de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Puede consultar cómo se vería afectada su cobertura de Nebraska 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 Nebraska Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que también se denomina Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS). La "Ayuda adicional" paga parte de las primas de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda adicional", llame a los siguientes números:
  - Al 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 oficina 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. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **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. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado 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 a través del Nebraska Ryan White HIV/AIDS Program (RWHAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al Nebraska Ryan White HIV/AIDS Program (RWHAP), 1-402-471-2101 (TTY 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos y comenzará en 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura para medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos **en pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

  La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas: durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, o puede visitar Medicare.gov.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Solo TTY, 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. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025,* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para Wellcare Dual Access Open (PPO 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/NE. 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/NE. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y de 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). 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.

Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*. 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 Nebraska Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Nebraska Medicaid al 1-855-632-7633 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800 833-7352.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224（TTY：711）**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY：711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY : 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)
Y0020_WCM_159669M_C Internal Approval 07162024 LCnC
NA5WCMINS62555M_MLCN 7/24

Form Approved
OMB# 0938-1421

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-844-428-2224 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-844-428-2224**（**TTY：711**）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের **1-844-428-2224 (TTY: 711)** নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले **1-844-428-2224 (TTY: 711)** मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, **1-844-428-2224 (TTY: 711)** என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)