



2024

Resumen de beneficios

Wellcare Value Script (PDP)

Wellcare Classic (PDP)

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Este es un resumen de los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por Wellcare Value Script (PDP), Wellcare Classic (PDP) y Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP) desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Wellcare ofrece varios planes con diferentes niveles de beneficios, según cuanta cobertura para medicamentos con receta necesite para respaldar su bienestar y ayudarle a llevar una vida mejor y más saludable.

Wellcare Value Script (PDP)

Si desea una cobertura completa por una prima baja, Value Script puede ajustarse a sus necesidades.

Wellcare Classic (PDP)

Si recibe Ayuda adicional, puede ser elegible para una prima de \$0 y copagos más bajos con este plan.

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

¿Necesita más cobertura? Tal vez le interese nuestro plan con un deducible de \$0.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse a uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos estados: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin, Wyoming

Conozca la Parte D de Medicare

Deducible: El monto que usted paga antes de que un plan cubra su parte de los costos de sus medicamentos con receta. Algunos planes Wellcare no tienen deducible.

Cobertura inicial: Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo y usted paga su parte.

- “Copago” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- “Coseguro” es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Usted se encuentra en esta etapa hasta que sus pagos y los pagos del plan sumen un total de \$5,030 para el año. Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de los siguientes 6 niveles:

- Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)
- Nivel 2 (medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)
- Nivel 3 (medicamentos de marca preferida - incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos.)
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.)
- Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada - incluye medicamentos de costo elevado, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no califican para excepciones de pago a un nivel inferior.)
- Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos: incluye algunos medicamentos genéricos y de marca utilizados habitualmente para tratar determinadas afecciones crónicas.).

Periodo sin cobertura: Cuando los costos de sus medicamentos y los pagos del plan para el año alcanzan los \$5,030, entra en la etapa del periodo sin cobertura. Es posible que haya oído hablar del "lapso de cobertura". Usted paga no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca del formulario. Permanecerá en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$8,000 para el año.

Etapa del periodo sin cobertura: los requisitos de coseguro no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétanos y las vacunas de viaje. No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos que corresponda.

Cobertura en situaciones catastróficas: Después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta alcancen los \$8,000, usted pagará \$0 por los medicamentos de marca y genéricos cubiertos por el resto del año.

Mensaje importante acerca de lo que paga por insulina:

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de hasta un mes, \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, aunque no haya pagado su deducible (si su plan tiene un deducible).

Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, aunque no haya pagado su deducible (si su plan tiene un deducible).

Este documento no enumera todos los servicios, limitaciones o exclusiones. La lista completa de servicios figura en la Evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en www.wellcare.com/PDP. O puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que aparece en la contratapa.

Para más información, póngase en contacto con su plan.

Números de teléfono	1-866-859-9084 (TTY 711)
Horarios de Servicios al cliente	Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)
Página web	www.wellcare.com/PDP
Lista de medicamentos	www.wellcare.com/PDP
Directorio de farmacias	www.wellcare.com/PDP
Manual Medicare & You (Medicare Y Usted)	Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente de “ Medicare & You ” (Medicare Y Usted). Consúltelo en línea en medicare.gov u obtenga un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Debemos proporcionarle la información de forma que le resulte útil (en idiomas distintos al inglés, en audio, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información sobre el plan en otro formato.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Value Script (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible Niveles 3 a 6	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Alabama	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Alaska	\$3.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Arizona	\$0.00	\$400	\$0	\$2	25%	50%	27%	\$11
Arkansas	\$1.60	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
California	\$0.40	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Colorado	\$0.00	\$400	\$0	\$0	25%	50%	27%	\$11
Connecticut	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Delaware	\$0.40	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
District of Columbia	\$0.40	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Florida	\$0.00	\$545	\$0	\$3	25%	50%	25%	\$11
Georgia	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Hawaii	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Idaho	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Illinois	\$0.00	\$545	\$0	\$2	25%	50%	25%	\$2
Indiana	\$0.00	\$545	\$0	\$4	25%	50%	25%	\$2
Iowa	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Kansas	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Kentucky	\$0.00	\$545	\$0	\$4	25%	50%	25%	\$2
Louisiana	\$2.90	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Maine	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Maryland	\$0.40	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11

Wellcare Value Script (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	27%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$6	25%	50%	27%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$6	\$15	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$2	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$2	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$2	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	

Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6:
Copago por 3 suministros para 30 días
cada uno

Niveles 3 y 4:
Coseguro aplicable

Nivel 5:
No se aplica

Wellcare Value Script (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible Niveles 3 a 6	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Massachusetts	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Michigan	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Minnesota	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Mississippi	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Missouri	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Montana	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Nebraska	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Nevada	\$0.00	\$545	\$0	\$3	25%	50%	25%	\$11
New Hampshire	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
New Jersey	\$0.00	\$545	\$0	\$4	25%	50%	25%	\$5
New Mexico	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
New York	\$3.70	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
North Carolina	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
North Dakota	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Ohio	\$0.00	\$545	\$0	\$3	25%	50%	25%	\$11
Oklahoma	\$6.30	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Oregon	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Pennsylvania	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Rhode Island	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
South Carolina	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
South Dakota	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11

Wellcare Value Script (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$5	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$13	\$15	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	

Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6:
Copago por 3 suministros para 30 días
cada uno

Niveles 3 y 4:
Coseguro aplicable

Nivel 5:
No se aplica

Wellcare Value Script (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible Niveles 3 a 6	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Tennessee	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Texas	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Utah	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Vermont	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Virginia	\$0.00	\$545	\$0	\$4	25%	50%	25%	\$2
Washington	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
West Virginia	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Wisconsin	\$0.00	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11
Wyoming	\$0.50	\$545	\$0	\$5	25%	50%	25%	\$11

Wellcare Value Script (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	<p>Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: Copago por 3 suministros para 30 días cada uno</p> <p>Niveles 3 y 4: Coseguro aplicable</p> <p>Nivel 5: No se aplica</p>
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$2	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	
\$5	\$10	25%	50%	25%	\$11	

Los medicamentos genéricos pueden estar cubiertos en niveles distintos al Nivel 1 y Nivel 2. Consulte el Formulario de este plan para validar el nivel específico en el cual están cubiertos sus medicamentos.

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), en caso de infusión en el hogar, si la farmacia pertenece a nuestra red preferida o estándar, o si la receta es a corto plazo (suministro para 30 días) o a largo plazo (suministro para 90 días).

Wellcare Classic (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Alabama	\$36.10	\$545	\$0	\$5	21%	41%	25%	\$0
Alaska	\$39.40	\$545	\$0	\$5	24%	48%	25%	\$0
Arizona	\$37.30	\$545	\$0	\$5	22%	46%	25%	\$0
Arkansas	\$33.80	\$545	\$0	\$5	20%	41%	25%	\$0
California	\$35.90	\$545	\$0	\$5	22%	44%	25%	\$0
Colorado	\$41.40	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
Connecticut	\$36.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Delaware	\$37.40	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
District of Columbia	\$37.40	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Florida	\$37.40	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
Georgia	\$38.30	\$545	\$0	\$5	22%	41%	25%	\$0
Hawaii	\$35.00	\$545	\$0	\$5	24%	43%	25%	\$0
Idaho	\$40.80	\$545	\$0	\$5	21%	40%	25%	\$0
Illinois	\$27.90	\$545	\$0	\$5	22%	46%	25%	\$0
Indiana	\$33.60	\$545	\$0	\$5	21%	40%	25%	\$0
Iowa	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Kansas	\$35.80	\$545	\$0	\$4	20%	41%	25%	\$0
Kentucky	\$33.60	\$545	\$0	\$5	21%	40%	25%	\$0
Louisiana	\$39.90	\$545	\$0	\$5	20%	41%	25%	\$0
Maine	\$33.30	\$545	\$0	\$5	22%	41%	25%	\$0
Maryland	\$37.40	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0

Wellcare Classic (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	25%	48%	25%	\$0	
\$3	\$8	23%	47%	25%	\$0	
\$3	\$8	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	23%	44%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	24%	43%	25%	\$0	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	46%	25%	\$0	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	42%	25%	\$0	

Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6:
Copago por 3 suministros para 30 días
cada uno

Niveles 3 y 4:
Coseguro aplicable

Nivel 5:
No se aplica

Wellcare Classic (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Massachusetts	\$36.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Michigan	\$34.70	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
Minnesota	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Mississippi	\$35.70	\$545	\$0	\$5	21%	40%	25%	\$0
Missouri	\$39.20	\$545	\$0	\$3	20%	40%	25%	\$0
Montana	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Nebraska	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Nevada	\$32.40	\$545	\$0	\$5	22%	44%	25%	\$0
New Hampshire	\$33.30	\$545	\$0	\$5	22%	41%	25%	\$0
New Jersey	\$35.20	\$545	\$0	\$5	22%	43%	25%	\$0
New Mexico	\$32.40	\$545	\$0	\$5	22%	46%	25%	\$0
New York	\$41.40	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
North Carolina	\$40.80	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
North Dakota	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Ohio	\$36.60	\$545	\$0	\$5	22%	40%	25%	\$0
Oklahoma	\$34.00	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Oregon	\$40.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Pennsylvania	\$41.60	\$545	\$0	\$5	22%	41%	25%	\$0
Rhode Island	\$36.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
South Carolina	\$40.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
South Dakota	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0

Wellcare Classic (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$3	\$8	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$2	\$7	20%	40%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	23%	45%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	46%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	40%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	

Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6:
Copago por 3 suministros para 30 días
cada uno

Niveles 3 y 4:
Coseguro aplicable

Nivel 5:
No se aplica

Wellcare Classic (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Tennessee	\$36.10	\$545	\$0	\$5	21%	41%	25%	\$0
Texas	\$26.00	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Utah	\$40.80	\$545	\$0	\$5	21%	40%	25%	\$0
Vermont	\$36.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Virginia	\$36.70	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
Washington	\$40.80	\$545	\$0	\$5	22%	42%	25%	\$0
West Virginia	\$41.60	\$545	\$0	\$5	22%	41%	25%	\$0
Wisconsin	\$44.50	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0
Wyoming	\$39.40	\$545	\$0	\$5	20%	40%	25%	\$0

Wellcare Classic (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	<p>Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6: Copago por 3 suministros para 30 días cada uno</p> <p>Niveles 3 y 4: Coseguro aplicable</p> <p>Nivel 5: No se aplica</p>
\$3	\$8	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$8	21%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	43%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$8	22%	42%	25%	\$0	
\$3	\$9	22%	41%	25%	\$0	
\$3	\$8	20%	41%	25%	\$0	
\$3	\$9	20%	41%	25%	\$0	

Los medicamentos genéricos pueden estar cubiertos en niveles distintos al Nivel 1 y Nivel 2. Consulte el Formulario de este plan para validar el nivel específico en el cual están cubiertos sus medicamentos.

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), en caso de infusión en el hogar, si la farmacia pertenece a nuestra red preferida o estándar, o si la receta es a corto plazo (suministro para 30 días) o a largo plazo (suministro para 90 días).

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Alabama	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Alaska	\$79.60	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Arizona	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Arkansas	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
California	\$82.60	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Colorado	\$82.20	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Connecticut	\$78.80	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Delaware	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
District of Columbia	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Florida	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Georgia	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Hawaii	\$79.60	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Idaho	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Illinois	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Indiana	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Iowa	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Kansas	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Kentucky	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Louisiana	\$80.40	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Maine	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Maryland	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Massachusetts	\$78.80	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Michigan	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Minnesota	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Mississippi	\$85.20	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Missouri	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Montana	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Nebraska	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Nevada	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
New Hampshire	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
New Jersey	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
New Mexico	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
New York	\$91.80	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
North Carolina	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
North Dakota	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Ohio	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Oklahoma	\$88.70	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Oregon	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Pennsylvania	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Rhode Island	\$78.80	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)**Cobertura inicial**

Estado	Prima mensual	Deducible	Farmacias minoristas preferidas Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 30 días					
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
South Carolina	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
South Dakota	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Tennessee	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Texas	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Utah	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Vermont	\$78.80	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Virginia	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Washington	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
West Virginia	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Wisconsin	\$78.90	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11
Wyoming	\$79.00	\$0	\$0	\$4	\$47	50%	33%	\$11

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Cobertura inicial

Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 30 días						Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Farmacias estándar de pedido por correo Suministro para 90 días	Farmacias preferidas de pedido por correo Suministro para 90 días
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11	Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6: copago por 3 suministros para 30 días c/u Nivel 4: Coseguro aplica Nivel 5: No aplica	Nivel 1 \$0 Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6: Copago por 2.5 suministros para 30 días c/u Nivel 4: Coseguro aplica Nivel 5: No aplica
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		
\$5	\$10	\$47	50%	33%	\$11		

Los medicamentos genéricos pueden estar cubiertos en niveles distintos al Nivel 1 y Nivel 2. Consulte el Formulario de este plan para validar el nivel específico en el cual están cubiertos sus medicamentos.

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), en caso de infusión en el hogar, si la farmacia pertenece a nuestra red preferida o estándar, o si la receta es a corto plazo (suministro para 30 días) o a largo plazo (suministro para 90 días).

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. 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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。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 **1-888-550-5252** (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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes 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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français 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 về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-888-550-5252** (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: **1-888-550-5252** (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, **1-888-550-5252**(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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر 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 **1-888-550-5252** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-888-550-5252** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। 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 numero **1-888-550-5252** (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 **1-888-550-5252** (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, jis rele nou nan **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis 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 **1-888-550-5252** (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、**1-888-550-5252** (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。

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-866-859-9084 (TTY: 711). Los horarios son de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

Cómo entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/PDP o llame al 1-866-859-9084 para ver una copia de la EOC. Los horarios son de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para obtener cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Cómo entender normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2025.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Sin cargo al 1-866-859-9084 (TTY: 711). Su llamada puede ser atendida por un agente con licencia.



Horario de atención

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)



En línea

www.wellcare.com/PDP

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.

Wellcare Prescription Insurance, Inc. otorga "Wellcare".