Wellcare Value Script (PDP) *ofrecido por* WellCare Prescription Insurance, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Value Script (PDP). 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 costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.wellcare.com/PDP. Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

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 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.

☐ Revise si califica para recibir ayuda con el pago de 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 calificado.
- ☐ 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 Value Script (PDP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente,** puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP).

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 1-888-550-5252. (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.

Acerca de Wellcare Value Script (PDP)

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato de Medicare y es un patrocinador de la Parte D aprobado. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a WellCare Prescription Insurance, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Value Script (PDP).

S4802_155_2025_NA_ANOC_PDP_155158S_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 **9**

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 9

Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias 9

Sección 1.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos **17**

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir **17**

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Value Script (PDP) 17

Sección 3.2 – Sí desea cambiar de plan 18

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan **19**

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare **19**

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta **20**

SECCIÓN 7 Preguntas **21**

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Value Script (PDP) 21

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 22

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 de Wellcare Value Script (PDP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es 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.	$0.50	$0
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).	Deducible: $545 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: • Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $5 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). • Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:	Deducible: $590 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: • Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $10 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). • Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Costo compartido estándar: Usted paga $10 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días).	Costo compartido estándar: Usted paga $15 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días).
	• Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga 25% 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. Costo compartido preferido: Usted paga 25% 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 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga 25% 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. Costo compartido preferido: Usted paga 25% 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.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 50% 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. Costo compartido preferido: Usted paga 50% 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 5 - medicamentos especializados: Costo compartido estándar: Usted paga 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de	• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 37% 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. Costo compartido preferido: Usted paga 36% 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 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).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga 25% 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 6 - medicamentos para cuidados selectos: Costo compartido estándar: Usted paga $11 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $11 de copago por un suministro para un mes (30 días).	• Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: <u>No</u> se aplica en 2025
	Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 **(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid por usted).**	$0.50	$0

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.2025wellcaredirectories.com se encuentra un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias.* **Revise el *Directorio 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 las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.3 – 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 7 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 10 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

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 hemos incluido 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 recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay 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 a Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (año próximo)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos 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.	El deducible es de $545. Durante esta etapa, usted paga ya sea $5 o $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y ya sea $10 o $5 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, Nivel 5: medicamentos especializados, y Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de $590. Durante esta etapa, usted paga ya sea $10 o $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y ya sea $15 o $5 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos y el costo total de los medicamentos de 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 (próximo año)
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 su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**	El costo de un suministro para un mes es:	El costo de un suministro para un mes es:

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $5 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $5. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $10 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $10. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $10 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $10. *Costo compartido preferido:* Usted paga $5 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $15 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $15. *Costo compartido preferido:* Usted paga $5 de copago por medicamento con receta.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total.	**Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total.
	Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga 50% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 50%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 50% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 50%.	**Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 37% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 37%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 36% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 36%.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total. Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total. Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $11 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $11. *Costo compartido preferido:* Usted paga $11 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es $11.	**Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos para cuidados selectos:** No se aplica en 2025
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 que haya pagado $2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

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 4, 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 Value Script (PDP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Value Script (PDP).

Sección 3.2 – Sí 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 un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- *O bien*, puede conservar su cobertura de salud de Medicare actual y dejar su cobertura para medicamentos con receta 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 medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (PDP).
    - Su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
    - Si elige un plan privado de pago por servicio (Private-Fee-For-Service, PFFS) sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account) o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Wellcare Value Script (PDP) para la cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Si se inscribe en este tipo de plan y desea dejar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare 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).

- 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* 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.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de 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 trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

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

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 Texas, el SHIP se llama Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

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 Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) pueden ayudarlo con 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 Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al

1-800-735-2989). Para más información sobre Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP), visite su sitio web (https://www.hhs.texas.gov/services/health/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.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
    - 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 8:00 a.m. a 7:00 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.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado TX THMP SPAP Program que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **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 The Texas HIV Medication Program (THMP). 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 The Texas HIV Medication Program (THMP), 1-800-255-1090 (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 Value Script (PDP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252. (Solo TTY, llamar al 711). Estamos disponibles para 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 Value Script (PDP). 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/PDP. 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/PDP. Le recordamos que en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio 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) de 2025*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 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.

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 **1-888-550-5252 (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 **1-888-550-5252 (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 **1-888-550-5252（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 **1-888-550-5252 (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 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 **1-888-550-5252 (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 **1-888-550-5252 (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.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)
S4802_WCM_159669M_C Internal Approval 07162024 PDP
NA5WCMINS62556M_MPDP 7/24

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 **1-888-550-5252 (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 प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-888-550-5252 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क 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 **1-888-550-5252 (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, annik rele nou nan **1-888-550-5252 (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 **1-888-550-5252 (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。

Hawaiian: Loaʻa iā mākou nā lawelawe unuhi ʻōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lāʻau paha. No ka loaʻa ʻana o ka unuhi ʻōlelo e kelepona iā mākou ma **1-888-550-5252 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka ʻōlelo Hawaiʻi ke kōkua iā ʻoe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti **1-888-550-5252 (TTY: 711)**. Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-888-550-5252 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-550-5252 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

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

Form Approved
OMB# 0938-1421

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-888-550-5252 (TTY: 711)**។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-888-550-5252 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-888-550-5252 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย