2025
Resumen de beneficios

Wellcare Value Script (PDP)

Wellcare Classic (PDP)

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

S4802_2025_NA_SB_PDP_156044S_M
©Wellcare 2025
NA5PDGSOB60796S_0300

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 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

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 en los Niveles 1 a 3.

¿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.

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 $2,000 para el año. Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de cinco 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 especializados: incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.)

Cobertura en situaciones catastróficas: Después de que sus costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta alcancen los $2,000, 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.

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.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pagos que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar sus costos al repartirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero - diciembre).

Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-750-9969. (TTY solamente, llame a 1-800-716-3231). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año; o bien, puede consultar www.wellcare.com/MPPP.

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 bien, puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

Para más información, póngase en contacto con su plan.

Números de teléfono	**1-800-270-5320 (TTY 711)**
Horario de Servicios para los miembros	Horario previo a la inscripción / lunes a domingo, 8 a.m. - 8p.m. (todas las zonas horarias)
Sitio web	www.wellcare.com/PDP
Lista de medicamentos	www.wellcare.com/PDP
Directorio de farmacias	www.2025wellcaredirectories.com
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**". Consúltelo en línea en medicare.gov o bien, 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 información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean inglés, en audio, en braile, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Para más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-800-270-5320 (los usuarios de TTY deberán llamar al 711); el horario de atención es lunes a domingo, 8 a.m. - 8p.m. (todas las zonas horarias).

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 3-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Alabama	$0.00	$590	$0	$5	25%	38%	25%
Alaska	$22.30	$590	$0	$5	25%	35%	25%
Arizona	$0.00	$590	$0	$5	25%	40%	25%
Arkansas	$0.00	$590	$0	$5	25%	40%	25%
California	$17.40	$590	$0	$5	25%	35%	25%
Colorado	$0.00	$590	$0	$5	25%	40%	25%
Connecticut	$12.40	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Delaware	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
District of Columbia	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Florida	$0.00	$590	$0	$5	25%	38%	25%
Georgia	$0.00	$590	$0	$5	25%	38%	25%
Hawaii	$0.00	$590	$0	$5	25%	37%	25%
Idaho	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Illinois	$0.00	$590	$0	$5	25%	45%	25%
Indiana	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Iowa	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%
Kansas	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Kentucky	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Louisiana	$0.00	$590	$0	$5	25%	36%	25%
Maine	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Maryland	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de 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**	
$10	$15	25%	39%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$10	$15	25%	36%	25%	
$10	$15	25%	41%	25%	
$10	$15	25%	40%	25%	
$10	$15	25%	36%	25%	
$10	$15	25%	41%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	46%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	37%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 3-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Massachusetts	$12.40	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Michigan	$0.00	$590	$0	$5	25%	45%	25%
Minnesota	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%
Mississippi	$0.00	$590	$0	$5	25%	38%	25%
Missouri	$0.00	$590	$0	$5	25%	40%	25%
Montana	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%
Nebraska	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%
Nevada	$0.00	$590	$0	$5	25%	39%	25%
New Hampshire	$0.00	$590	$0	$5	25%	41%	25%
New Jersey	$2.30	$590	$0	$5	25%	37%	25%
New Mexico	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
New York	$38.70	$590	$0	$5	25%	34%	25%
North Carolina	$0.00	$590	$0	$5	25%	39%	25%
North Dakota	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%
Ohio	$0.00	$590	$0	$5	25%	45%	25%
Oklahoma	$0.00	$590	$0	$5	25%	37%	25%
Oregon	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Pennsylvania	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Rhode Island	$12.40	$590	$0	$5	25%	41%	25%
South Carolina	$0.00	$590	$0	$5	25%	37%	25%
South Dakota	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de 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**	
$10	$15	25%	42%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$10	$15	25%	46%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	
$10	$15	25%	39%	25%	
$10	$15	25%	41%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	
$10	$15	25%	40%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	35%	25%	
$10	$15	25%	39%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	
$10	$15	25%	46%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	38%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 3-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Tennessee	$0.00	$590	$0	$5	25%	38%	25%
Texas	$0.00	$590	$0	$5	25%	36%	25%
Utah	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Vermont	$12.40	$590	$0	$5	25%	41%	25%
Virginia	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Washington	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
West Virginia	$0.00	$590	$0	$5	25%	42%	25%
Wisconsin	$0.00	$590	$0	$5	25%	43%	25%
Wyoming	$0.00	$590	$0	$5	25%	49%	25%

Wellcare Value Script (PDP)

Etapa de 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**	
$10	$15	25%	39%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$10	$15	25%	37%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	43%	25%	
$10	$15	25%	42%	25%	
$10	$15	25%	44%	25%	
$10	$15	25%	50%	25%	

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.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, tienda minorista, Atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en una red estándar, o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 90 días).

Wellcare Classic (PDP)
Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Alabama	$20.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Alaska	$74.40	$590	$0	$5	23%	49%	25%
Arizona	$0.80	$590	$0	$5	23%	37%	25%
Arkansas	$0.00	$590	$0	$5	20%	35%	25%
California	$16.80	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Colorado	$17.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
Connecticut	$28.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Delaware	$11.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
District of Columbia	$11.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
Florida	$5.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
Georgia	$15.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Hawaii	$19.30	$590	$0	$5	23%	35%	25%
Idaho	$27.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Illinois	$3.30	$590	$0	$5	23%	35%	25%
Indiana	$32.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Iowa	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Kansas	$24.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Kentucky	$32.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Louisiana	$24.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Maine	$15.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Maryland	$11.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%

Wellcare Classic (PDP)

Etapa de 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**	
$3	$8	22%	35%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$3	$8	23%	49%	25%	
$3	$8	24%	37%	25%	
$3	$8	21%	35%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	37%	25%	
$3	$8	23%	35%	25%	
$3	$8	23%	35%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	23%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	23%	36%	25%	
$3	$8	21%	37%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	21%	35%	25%	
$3	$8	21%	37%	25%	
$3	$8	22%	35%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	23%	35%	25%	

Wellcare Classic (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Massachusetts	$28.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Michigan	$8.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Minnesota	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Mississippi	$12.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
Missouri	$27.30	$590	$0	$5	20%	36%	25%
Montana	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Nebraska	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Nevada	$6.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
New Hampshire	$15.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
New Jersey	$38.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
New Mexico	$0.00	$590	$0	$5	22%	36%	25%
New York	$55.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
North Carolina	$23.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
North Dakota	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Ohio	$24.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Oklahoma	$24.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Oregon	$6.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Pennsylvania	$20.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Rhode Island	$28.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
South Carolina	$21.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
South Dakota	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%

Wellcare Classic (PDP)

Etapa de 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**	
$3	$8	22%	37%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	22%	35%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	23%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	37%	25%	
$3	$8	22%	37%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	

Wellcare Classic (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible en todos los niveles	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Tennessee	$20.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%
Texas	$3.30	$590	$0	$5	22%	35%	25%
Utah	$27.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Vermont	$28.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Virginia	$11.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
Washington	$6.30	$590	$0	$5	22%	36%	25%
West Virginia	$20.30	$590	$0	$5	21%	36%	25%
Wisconsin	$22.30	$590	$0	$5	20%	35%	25%
Wyoming	$22.30	$590	$0	$5	21%	35%	25%

Wellcare Classic (PDP)

Etapa de 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**	
$3	$8	22%	35%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	
$3	$8	22%	37%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	22%	36%	25%	
$3	$8	21%	37%	25%	
$3	$8	21%	35%	25%	
$3	$8	21%	36%	25%	

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.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, tienda minorista, Atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en una red estándar, o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 90 días).

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 4-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Alabama	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Alaska	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Arizona	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Arkansas	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
California	$117.60	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Colorado	$117.20	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Connecticut	$112.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Delaware	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
District of Columbia	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Florida	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Georgia	$112.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Hawaii	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Idaho	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Illinois	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Indiana	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Iowa	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Kansas	$113.90	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Kentucky	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Louisiana	$107.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Maine	$112.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de 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**		
$5	$10	15%	50%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A	Nivel 1: $0 Nivel 2: Copago por 2.5x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 4-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Maryland	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Massachusetts	$112.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Michigan	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Minnesota	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Mississippi	$117.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Missouri	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Montana	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Nebraska	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Nevada	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
New Hampshire	$112.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
New Jersey	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
New Mexico	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
New York	$126.80	$590	$0	$4	15%	50%	25%
North Carolina	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
North Dakota	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Ohio	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Oklahoma	$122.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Oregon	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Pennsylvania	$107.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Rhode Island	$112.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de 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**		
$5	$10	15%	50%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A	Nivel 1: $0 Nivel 2: Copago por 2.5x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de cobertura inicial

Estado	Prima mensual	Deducible para los Niveles 4-5	Farmacias minoristas preferidas Farmacias de pedido por correo preferidas Suministro para 30 días				
			Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
South Carolina	$113.90	$590	$0	$4	15%	50%	25%
South Dakota	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Tennessee	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Texas	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Utah	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Vermont	$112.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Virginia	$102.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Washington	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
West Virginia	$107.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Wisconsin	$102.40	$590	$0	$4	15%	50%	25%
Wyoming	$107.30	$590	$0	$4	15%	50%	25%

Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP)

Etapa de 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**		
$5	$10	15%	50%	25%	Nivel 1, Nivel 2: Copago por 3x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A	Nivel 1: $0 Nivel 2: Copago por 2.5x 30 días Nivel 3, Nivel 4: Coseguro aplicable Nivel 5: N/A
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		
$5	$10	15%	50%	25%		

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.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, tienda minorista, Atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o en una red estándar, o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 90 días).

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

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)**。會説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

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda perfectamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna duda, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-800-270-5320 (TTY: 711). El horario es de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. (todas las zonas horarias).

Comprensión de los beneficios

- ☐ La *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.wellcare.com/PDP o llame al 1-800-270-5320 para obtener una copia de la EOC. El horario es 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.

Comprensión de normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de2026.

.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato de 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" es emitido por WellCare Prescription Insurance, Inc..

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, comuníquese con nosotros:

Por teléfono

Sin cargo al 1-800-270-5320 (TTY: 711). Su llamada puede ser atendida por un agente con licencia.

Horario de atención

lunes a domingo, 8 a.m. - 8 p.m. (todas las zonas horarias)

En línea

www.wellcare.com/PDP