

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

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Value Script (PDP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/PDP](http://www.wellcare.com/PDP). También 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, incluidos los requisitos de autorización y los costos
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- 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](http://www.medicare.gov/plan-compare), o revise la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2024 (Medicare Y Usted 2024)*.
- 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 antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Wellcare Value Script (PDP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP).

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 para obtener más información. (Los usuarios de 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. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u 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”, se refiere a Wellcare Prescription Insurance, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Value Script (PDP).

S4802\_155\_2024\_NA\_ANOC\_PDP\_126268S\_M

## **Aviso anual de cambios para 2024**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>	<b>9</b>
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.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>17</b>
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Value Script (PDP).....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	17
<b>SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 7 Preguntas.....</b>	<b>20</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Value Script (PDP).....	20
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	20

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 de Wellcare Value Script (PDP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$11.10	\$0.50
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$505 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga \$8 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).</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</li> </ul>	<p>Deducible: \$545 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Costo compartido estándar:            Usted paga \$15 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido:            Usted paga \$5 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:                Costo compartido estándar:                Usted paga \$47 de copago por un suministro para un mes (30 días).                Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.                Costo compartido preferido:                Usted paga \$44 de copago por un suministro para un mes (30 días).                Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</li> </ul>	<p>Costo compartido estándar:            Usted paga \$10 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido:            Usted paga \$5 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>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.</p> <p>Costo compartido preferido:                      Usted paga 47% 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:                              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.</li> </ul> <p>Costo compartido preferido:                      Usted paga 25% del costo total por un</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:                              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.</li> </ul> <p>Costo compartido preferido:                      Usted paga 25% del costo total por un</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>suministro para un mes (30 días).                      Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos selectos para la diabetes:                              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).</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>Por cada medicamento con receta, usted paga cualquiera de estas opciones, la que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (a esto se le llama <b>coseguro</b>), o un copago (\$4.15 por un</li> </ul>	<p>suministro para un mes (30 días).                      Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
	medicamento genérico o por un medicamento que se trate como medicamento genérico y, \$10.35 por todos los demás medicamentos).	



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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid por usted).	\$11.10	\$0.50

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 que se relaciona con la "Ayuda adicional" 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.wellcare.com/PDP](http://www.wellcare.com/PDP) 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 un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

## 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 llama 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", incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costos compartidos. **Revise la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la "Lista de medicamentos" se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos, de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 7 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

### Cambios en los 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 Drugs” (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 subsidios por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y si no recibió el inserto con el paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), de Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada), y Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos) 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.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ya sea \$8 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, Nivel 5: medicamentos para la atención especializada, y Nivel 6: medicamentos selectos para la diabetes hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>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 para la atención especializada, y Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos hasta que alcance el deducible anual.</p>

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos del Nivel 3 - medicamentos de marca preferida, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>            Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la parte que le corresponde del costo.</b></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$8 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$15 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>En 2023 usted pagó un copago de \$47 o de \$44 por medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida. En 2024 usted pagará un coseguro de 25% por medicamentos en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$47 de copago por medicamento con receta.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$44 de copago por medicamento con receta.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 50% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 47% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 50% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 50% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos selectos para la diabetes:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando usted obtiene su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas médicas de pedido por correo,</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos selectos para la diabetes:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.            Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$11 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>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".</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>		

**Cambios en las Etapas de periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que incurren en costos elevados de medicamentos. **La mayoría de las personas no alcanza la Etapa del periodo sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para conocer la información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

La información de la tabla de Cambios administrativos que está a continuación refleja los cambios de año con año que se hacen a su plan y que no tienen un impacto directo en los beneficios o los costos compartidos.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cambios al Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM)</b></p> <p>Wellcare se ha asociado con un Administrador de beneficios de farmacia (PBM) para administrar nuestro beneficio de farmacia. A partir del año del plan 2024, nuestro socio PBM cambiará a Express Scripts®. Recibirá una nueva tarjeta de identificación actualizada de Wellcare. <b>Asegúrese de comenzar a usar su nueva tarjeta de identificación a partir del 1/1/24.</b></p> <p>Para garantizar que su farmacia tenga la información más actualizada, <b>presente su nueva tarjeta de identificación de Wellcare la primera vez que llene una receta a partir del 1/1/24 o después.</b></p> <p>Si no tiene su nueva tarjeta de identificación cuando vaya a surtir su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.</p> <p>Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al momento de recogerla y luego solicitar el reembolso.</p>	<p>CVS Caremark</p>	<p>Express Scripts®</p>



## 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 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar en 2024, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos con receta diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- *O BIEN*, puede conservar su cobertura de salud de Medicare actual y eliminar su cobertura de 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), disponible en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare); consulte el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted)* de 2024, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (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. Se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) automáticamente.
- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) automáticamente.
  - Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) 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 en 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 o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Wellcare Value Script

(PDP) para cobertura de medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar 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), disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O* puede llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele 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 2024.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a 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.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## 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 Health Information, Counseling and Advocacy Program (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 Health Information, Counseling and Advocacy Program (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 Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989). Para más información sobre Health Information, Counseling and Advocacy Program (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, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un periodo sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - 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 Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Texas Kidney Health Care Program (KHC) The Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP) 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. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus 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 mediante The Texas HIV Medication Program (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con The

Texas HIV Medication Program (THMP) al 1-800-255-1090 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.

## 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 usuarios de 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024, (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 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 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](http://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](http://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](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024***

Lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*. 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.

**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 libreng 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。