

Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) *ofrecido por* Managed Health Services Insurance Corp.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para ver un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellWI. Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 a fin de averiguar si alguno de estos medicamentos se traslada a un nivel diferente de costo compartido o si estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad durante 2025.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Verifique si usted califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3, página 20 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare por dos meses completos después del mes en el que se mudó de la institución.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino, coreano, vietnamita, árabe, ruso, laosiano, albanés, polaco, hindi, birmano, croata y somalí.
- Para más información, llame a nuestro número de Servicios para los miembros al número 1-844-796-6811. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Considere que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Esta llamada es gratuita.

- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, braille, audio, letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS y PDP que tiene un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Wisconsin para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Managed Health Services Insurance Corp. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan.....	7
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	20
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	20
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Wisconsin Department of Health Services	21
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 7 Preguntas.....	23
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)	23
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Wisconsin Department of Health Services	24

Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio de un médico	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta
Estancias hospitalarias de pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$8,850 Usted no es responsable de pagar ningún costo que pague de su bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	De proveedores de la red: \$9,350 Usted no es responsable de pagar ningún costo que pague de su bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) a Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo que mostrará el nombre del nuevo plan a más tardar el 31 de diciembre de 2024. En el futuro, todas las demás comunicaciones relacionadas con su plan y beneficios del 2025 también reflejarán el nuevo nombre.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Wisconsin Department of Health Services).		

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

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

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias de 2025* en www.2025wellcaredirectories.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

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

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales de rutina	No hay beneficio de POS fuera de la red.	Los servicios dentales de rutina (no cubiertos por Medicare) fuera de la red <u>solo están cubiertos</u> a través de su beneficio de POS. Los límites de los beneficios dentales de rutina, si los hubiera, se combinan entre los proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más altos si acude a un dentista fuera de la red. Los proveedores de servicios dentales que están fuera de la red no tienen contrato para aceptar el pago del plan como pago completo. Si le cobran más de lo que paga el Plan, usted es responsable de pagar la diferencia, incluso por los servicios que tienen un copago de \$0.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa. - Servicios dentales integrales <u>no</u> requiere(n) autorización previa. - Servicios dentales de diagnóstico y prevención <u>no</u> requiere(n) autorización previa. Si su beneficio requiere o no una autorización previa, puede requerir igualmente una remisión por parte del plan.	
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos	Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales integrales.	Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales de diagnóstico y preventivos.
Cobertura de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales integrales de rutina	No hay beneficio de POS fuera de la red.	Fuera de la red Usted paga 25% del costo total por servicios dentales integrales cubiertos recibidos de parte de un proveedor que está dentro de la red.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios de diagnóstico	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico cada año.	Se limita a 1 otro(s) servicios(s) de diagnóstico cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral y maxilofacial	Se limita a cada 12 a 60 meses o de por vida o una vez por diente de por vida según el tipo de servicio cubierto.	Se limita a 1 cirugías orales y maxilofaciales cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - fija	Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia fija cada 12 a 60 meses según el tipo de servicio.	Se limita a 3 servicio(s) de prostodoncia fija por año calendario, y una vez para el mismo diente cada 84 meses, según el tipo de servicio.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 60 meses por diente según el tipo de servicio.	3 coronas o unidades puentes cada 12 meses, 1 por diente cada 84 meses. Otros servicios de restauración cada 12 a 84 meses.
Cobertura en un punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales de rutina de diagnóstico y preventivos	No hay beneficio de POS fuera de la red.	Fuera de la red Usted paga 25% del costo total por servicios dentales preventivos cubiertos que se reciban de parte de un proveedor que está fuera de la red.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Radiografías dentales	Se limita a 1 set(s) cada 12 a 36 meses según el tipo de servicio.	Se limita a 1 set(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - removible	Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia, removible, cada 12 a 60 meses según el tipo de servicio.	Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia, removible, cada fecha de servicio hasta 60 meses según el tipo de servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) cada 6 a 60 meses según el tipo de servicio.	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) cada fecha de servicio hasta 36 meses según el tipo de servicio.
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía de acondicionamiento físico en un centro de acondicionamiento físico participante o un kit de acondicionamiento físico en el hogar, incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico. Usted puede recibir hasta 1 kit por año de beneficio. Los miembros también tienen acceso a un programa digital de acondicionamiento físico, sesiones individuales del programa Healthy Aging Coaching (Asesoramiento para el envejecimiento saludable) y al Well-Being Club (Club de bienestar).	Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía de acondicionamiento físico en un centro de acondicionamiento físico participante o un kit de acondicionamiento físico en el hogar, incluido un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico. Usted puede recibir hasta 1 kit por año de beneficio. Los miembros también tienen acceso a un programa digital de acondicionamiento físico, sesiones individuales del programa Healthy Aging Coaching (Asesoramiento para el envejecimiento saludable) y al Well-Being Club (Club de bienestar).
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético	Usted paga \$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.	Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético <u>no</u> están cubiertas.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Servicios adicionales para dejar de fumar	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto, hasta 5 consulta(s) cada año.	Servicios adicionales para dejar de fumar <u>no</u> están cubiertos.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras afecciones elegibles que no figuran en la lista. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose únicamente en su afección. Todos los requisitos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que se brinde el beneficio. Para obtener detalles, comuníquese con nosotros.	Cuidados a cargo de la Agencia de Atención Médica Helper Bees: Usted paga \$0 de copago. Si es elegible, su plan proporciona una asignación trimestral de 200 créditos por servicios aprobados por el plan a través del proveedor contratado por el plan. Los créditos no utilizados vencerán al final de cada trimestre. El beneficio incluye entrega de alimentos a domicilio como un servicio aprobado por el plan.	Los cuidados a cargo de la Agencia de Atención Médica Helper Bees <u>no</u> se ofrecen.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Además, consulte su <i>Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)</i> para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).		
Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.
Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.	Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios. Los Artículos de seguridad y mejora del hogar <u>no</u> están incluidos. Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.	Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios. Los Artículos de seguridad y mejora del hogar están incluidos. Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.
Wellcare Spendables™	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$220 para usarse en ciertos beneficios. El beneficio máximo es \$2,640 cada año. Consulte la sección de Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) de esta tabla para obtener información sobre los cambios	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$220 para usarse en ciertos beneficios. Consulte la sección de Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) de esta tabla para obtener información sobre los cambios a los beneficios del programa VBID.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	a los beneficios del programa VBID. Servicios dentales, de la vista y de la audición Usted puede utilizar la asignación de su tarjeta Wellcare Spendables™ para reducir sus gastos de bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o de la audición que estén cubiertos por el plan.	Servicios dentales, de la vista y de la audición La asignación de la tarjeta Wellcare Spendables™ no se puede utilizar para reducir sus gastos de bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o de la audición que estén cubiertos por el plan

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

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

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

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

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

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del medicamento 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 agregar nuevas restricciones.

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

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

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

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

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

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted del costo. Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Medicare aprobó a Wellcare para brindar copagos/coseguros más bajos como parte del programa de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para obtener más información sobre los beneficios de VBID, comuníquese con Servicios para los miembros.	El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (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.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

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

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

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta su opción de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Wisconsin Department of Health Services

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 Wisconsin, el SHIP se llama Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Wisconsin SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Wisconsin SHIP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Wisconsin SHIP) al 1-800-242-1060 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Wisconsin SHIP), visite su sitio web (<https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Wisconsin Department of Health Services comuníquese con Wisconsin Department of Health Services al 1-608-266-1865 (TTY 711) de 8 a.m. a 4:30 p.m. hora central (CT), de lunes a viernes. Puede consultar cómo se vería afectada su cobertura de Wisconsin Department of Health Services si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Wisconsin Department of Health Services, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, que también se denomina Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS). La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Wisconsin cuenta con un programa denominado Wisconsin SeniorCare 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.

SECCIÓN 7 Preguntas

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Solo TTY, llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025*, (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellWI. 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/allwellWI. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

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

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Wisconsin Department of Health Services

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Wisconsin Department of Health Services al 1-608-266-1865 de 8 a.m. a 4:30 p.m. hora central (CT), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Información relacionada con la raza, la etnicidad y el idioma (REL)

Wellcare By Allwell promete mantener la privacidad de la información relacionada con su raza, etnicidad e idioma (REL). Utilizamos algunos de estos métodos para proteger su información:

- Guardamos los documentos impresos en archivadores bajo llave.
- Requerimos que toda la información electrónica se almacene en medios físicos seguros.
- Conservamos la información electrónica en archivos protegidos con contraseña.

Podemos usar o compartir su información sobre REL para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, para actividades como estas:

- Encontrar las brechas en la atención de salud.
- Crear programas de intervención.
- Diseñar y enviar materiales informativos.
- Notificar a los médicos y profesionales de atención de salud sus necesidades de idioma.

Nunca utilizaremos información relacionada con su REL para aprobar o tomar decisiones de beneficios ni para determinar tarifas. No compartiremos información relacionada con su REL con personas no autorizadas.

If you need these services, contact Wellcare By Allwell at **1-844-796-6811** (TTY: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

English

Attention: If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Español (Spanish)

Atención: Si habla español, hay servicios de asistencia lingüística disponibles sin costo para usted. Llame al **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Lus Hmoob (Hmong)

Ua Tib Zoo Saib: Yog tias koj hais lus Hmoob, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus uas koj tsis tas them nqi dab tsi. Hu rau **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

普通话 (Mandarin Chinese)

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费语言支持服务。请致电 **1-844-796-6811** (TTY: **711**)。

ພາສາລາວ (Laotian)

ຂໍຄວນໃສ່ໃຈ: ຫາກວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາ **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

မြန်မာဘာသာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင်သည် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက၊ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရယူနိုင်သည်။ **1-844-796-6811** (TTY: **711**) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Somali (Somali)

Fiiro gaar ah: Hadii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqada ayaad heleysaa oo kuu bilaash ah. La hadal **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Русский (Russian)

Внимание: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Hrvatski (Croatian)

Pažnja: ako govorite hrvatski, usluge jezične pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

German (German)

Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie dazu folgende Nummer an: **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

العربية (Arabic)

انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. **1-844-796-6811** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Deitsch (Pennsylvania Dutch)

Wichdich: Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du en Interpreter griege unni as es ennich eppes koschte zellt. Ruf **1-844-796-6811** (TTY: **711**) uff.

Polski (Polish)

Uwaga: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. **1-844-796-6811** (TTY: **711**) पर कॉल करें.

Shqip (Albanian)

Vëmendje: Nëse flisni shqip, shërbimet e asistencës gjuhësore ju vihen në dispozicion falas. Telefononi **1-844-796-6811** (TTY: **711**).