Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) от Managed Health Services Insurance Corp.

Ежегодное уведомление об изменениях на 2026 год

Вы являетесь участником плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

В этом документе описаны изменения в расходах и покрываемых услугах по вашему плану страхования на следующий год.

- **В период с 15 октября по 7 декабря у вас есть возможность внести изменения в свое страховое покрытие по программе Medicare на следующий год.** Если вы не вступите в другой план страхования до 7 декабря 2025 года, вы останетесь участником плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

- Для перехода в **другой план страхования** посетите веб-сайт www.Medicare.gov либо изучите список в конце справочника *Medicare и вы за 2026 год*.

- Обратите внимание, что это лишь краткий обзор изменений. Более подробные сведения о расходах, покрываемых услугах и правилах представлены в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*. Получите копию документа на веб-сайте go.wellcare.com/WI или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы получить экземпляр документа по почте.

Дополнительные ресурсы

- Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: испанский, лаосский, русский, арабский и хмонг.

- Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711). Часы работы: с 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный.

- Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас виде (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, в аудиоформате, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.). Если вам нужна информация о плане в другом формате, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

О плане Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)

- Wellcare представляет собой торговую марку Centene Corporation в рамках программы Medicare — план HMO, PPO, PFFS, PDP, подразумевающий договор с программой Medicare, включая финансовую поддержку по программе Часть D. Наши планы D-SNP работают по договору с программой Medicaid штата. Возможность регистрации в наших планах страхования предоставляется при условии продления договора. Наш план страхования также заключил письменное соглашение с программой Wisconsin Medicaid о координации вашего обслуживания по программе Medicaid.
- Когда в настоящем документе говорится «мы», «нас», «нам», «нами» или «наш», подразумевается компания Managed Health Services Insurance Corp. Когда в нем говорится «план» или «наш план», подразумевается план Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- **Если вы не предпримете никаких действий до 7 декабря 2025 года, вы будете автоматически зарегистрированы в плане Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)**. С 1 января 2026 года вы будете получать страховое покрытие медицинских услуг и лекарственных препаратов через Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP). Если вы хотите внести изменения в свое страховое покрытие, перейдите в раздел 3, где представлены дополнительные сведения о порядке и сроках перехода в другой план страхования.

H8189_007_2026_WI_ANOC_DSNP_4608745RUS_M

Содержание

Сводная информация о важных расходах на 2026 год 4

РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемых услугах и расходах на следующий год 10

Раздел 1.1 Изменения, касающиеся ежемесячного страхового взноса по плану 10

Раздел 1.2 Изменения, касающиеся максимальной суммы личных расходов 10

Раздел 1.3 Изменения, касающиеся сети поставщиков услуг 11

Раздел 1.4 Изменения, касающиеся сети аптек 12

Раздел 1.5 Изменения в страховом покрытии медицинских услуг и расходах на них 12

Раздел 1.6 Изменения в страховом покрытии лекарств по программе Часть D 28

Раздел 1.7 Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов и расходах на них 28

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения 36

РАЗДЕЛ 3 Порядок смены плана страхования 39

Раздел 3.1 Сроки смены плана страхования 39

Раздел 3.2 Можно ли сменить план в другое время в течение года? 40

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи с оплатой рецептурных препаратов 41

РАЗДЕЛ 5 У вас остались вопросы? 42

Получите помощь плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 42

Получите бесплатную консультацию о программе Medicare 43

Получите помощь от программы Medicare **43**

Получите помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin 44

Сводная информация о важных расходах на 2026 год

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Ежемесячный страховой взнос по плану* * Ваш страховой взнос может быть больше или меньше этой суммы. Подробнее см. в разделе 1.1. Если вы соответствуете требованиям для участия в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), ваш страховой взнос по плану оплачивается от вашего имени. Если вы не соответствуете требованиям для участия в программе «Дополнительная помощь», с вас может взиматься страховой взнос.	$43.50	**$10.40**
Максимальная сумма личных расходов Это максимальная сумма ваших личных расходов на услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B. (Подробнее см. в разделе 1.2.)	$4,500 Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов на услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B.	**$5,100** **Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов на услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B.**
Приемы у поставщика первичного медицинского обслуживания	Доплата $0 за посещение	**Доплата $0 за посещение**
Приемы у специалиста	Доплата $20 за посещение	**Доплата $20 за посещение**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Пребывания в стационаре больницы Сюда относится стационарное лечение при острых состояниях, реабилитация в условиях стационара, долгосрочный больничный уход и другие виды больничных услуг в условиях стационара. Стационарное лечение в больнице начинается со дня вашего официального поступления в больницу по указанию врача. Последним днем вашего пребывания в стационаре является день, предшествующий дате выписки.	При покрываемом пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата $275 за каждый день с 1-го по 7-й и $0 за каждый день с 8-го по 90-й за каждое покрываемое пребывание в больнице	**При покрываемом пребывании в учреждении за каждое пребывание:** **Доплата $325 за каждый день с 1-го по 7-й и $0 за каждый день с 8-го по 90-й за каждое покрываемое пребывание в больнице**
Не покрываемый страховкой минимум в рамках страхового покрытия лекарств по программе Часть D (Подробнее см. в разделе 1.7.)	$0	**$615, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках программы Часть D.** **Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», вы выплачиваете следующую сумму:** **Не покрываемый страховкой минимум: $0**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Страховое покрытие лекарств по программе Часть D (Подробнее см. в. разделе 1.7, в том числе о стадии ежегодного не покрываемого страховкой минимума, первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.)	Доплата на стадии первоначального страхового покрытия: доплата $0 за все лекарства, покрываемые по программе Часть D. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов: На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D.	**Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, вы оплачиваете свою долю расходов LIS в соответствии с Дополнением о LIS на 2026 год.** **Если вы не участвуете в программе «Дополнительная помощь», вы оплачиваете указанные ниже доли расходов:** **Доплата/ дополнительный взнос на стадии первоначального страхового покрытия:** **Лекарства уровня 1:** **Стандартное участие в расходах: доплата $19 за месячный (30-дневный) запас.** **Привилегированное участие в расходах: доплата $18 за месячный (30-дневный) запас.** **Лекарства уровня 2:** **Стандартное участие в расходах: доплата $20 за месячный (30-дневный) запас.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Привилегированное участие в расходах: доплата $19 за месячный (30-дневный) запас. **Лекарства уровня 3:** **Стандартное участие в расходах: 25% от общей стоимости за месячный (30-дневный) запас.** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Привилегированное участие в расходах: 25% от общей стоимости за месячный (30-дневный) запас.** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Лекарства уровня 4: **Стандартное участие в расходах: доплата $100 за месячный (30-дневный) запас.** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Привилегированное участие в расходах: доплата $100 за месячный (30-дневный) запас.** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Лекарства уровня 5:** **Стандартное участие в расходах: 25% от общей стоимости за месячный (30-дневный) запас.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Привилегированное участие в расходах: 25% от общей стоимости за месячный (30-дневный) запас. **Лекарства уровня 6:** **Стандартное участие в расходах:** **доплата $8 за месячный (30-дневный) запас.** **Привилегированное участие в расходах: доплата $0 за месячный (30-дневный) запас.** **Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:** **На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D.**

РАЗДЕЛ 1 Изменения в покрываемых услугах и расходах на следующий год

Раздел 1.1 Изменения, касающиеся ежемесячного страхового взноса по плану

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос по плану (Вы также должны и далее оплачивать страховой взнос по программе Medicare Part B, если только он не оплачивается за вас Департаментом здравоохранения штата Wisconsin.) Если вы соответствуете требованиям для участия в программе «Дополнительная помощь», ваш страховой взнос по плану оплачивается от вашего имени. Если вы не соответствуете требованиям для участия в программе «Дополнительная помощь», с вас может взиматься страховой взнос.	$43.50	**$10.40**

Раздел 1.2 Изменения, касающиеся максимальной суммы личных расходов

Согласно правилам программы Medicare все планы медицинского страхования должны предусматривать ограничение суммы личных расходов, выплачиваемой вами в течение года. Это ограничение называется максимальной суммой личных расходов. После выплаты этой суммы вы, как правило, больше ничего не платите за покрываемые услуги в рамках программы Часть A и Часть B до конца календарного года.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Максимальная сумма личных расходов Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов. Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов на услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B. Ваши расходы на покрываемые медицинские услуги (такие как доплаты) **учитываются** в счет максимальной суммы личных расходов. Страховой взнос по нашему плану и ваши расходы на рецептурные препараты **не учитываются** в счет максимальной суммы личных расходов.	$4,500	**$5,100** **После выплаты вами $5,100 на покрываемые услуги в рамках программы Часть A и Часть B вам не придется ничего платить за покрываемые услуги в рамках программы Часть A и Часть B до конца календарного года.**

Раздел 1.3 Изменения, касающиеся сети поставщиков услуг

Наша сеть поставщиков услуг претерпела изменения, которые вступят в силу в следующем году. Изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек* на 2026 год по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories, чтобы убедиться, что ваши поставщики услуг (поставщик первичного медицинского обслуживания, специалисты, больницы и т. д.) представлены в нашей сети. Обновленную версию *Каталога поставщиков услуг и аптек* можно получить следующим образом:

- Посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы получить актуальную информацию о поставщиках услуг или попросить нас отправить вам по почте экземпляр *Каталога поставщиков услуг и аптек*.

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг), которые работают с нашим планом страхования. Если такое изменение списка наших поставщиков услуг в течение года затрагивает вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы запросить помощь. Дополнительные сведения о ваших правах в том случае, если сетевой поставщик услуг покидает наш план страхования, представлены в Главе 3, раздел 2.3 Документа об объеме страховой ответственности страховщика.

Раздел 1.4 Изменения, касающиеся сети аптек

Суммы, выплачиваемые вами за рецептурные препараты, могут зависеть от того, в какой аптеке вы их приобретаете. Планы покрытия лекарств в рамках Medicare предусматривают сотрудничество с сетью аптек. В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются планом страхования *только* при условии, что они приобретаются в одной из наших сетевых аптек. В нашу сеть входят аптеки с привилегированным участием в расходах, в которых для ряда лекарств вам может быть предложена меньшая сумма участия в расходах по сравнению со стандартным участием в расходах, предлагаемым в других сетевых аптеках.

Наша сеть аптек претерпела изменения, которые вступят в силу в следующем году. Изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек* на 2026 год по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories, чтобы узнать, какие аптеки представлены в нашей сети. Обновленную версию *Каталога поставщиков услуг и аптек* можно получить следующим образом:

- Посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить нас отправить вам по почте экземпляр *Каталога поставщиков услуг и аптек*.

В течение года мы можем вносить изменения в список аптек, которые работают с нашим планом страхования. Если такое изменение списка наших аптек в течение года затрагивает вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы запросить помощь.

Раздел 1.5 Изменения в страховом покрытии медицинских услуг и расходах на них

В настоящем ежегодном уведомлении об изменениях содержатся сведения об изменениях в доступных вам покрываемых услугах и расходах по программе Medicare.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Предварительные разрешения	В следующие покрываемые услуги в пределах сети вносится изменение с точки зрения необходимости получать предварительное разрешение.	
	Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — для получения дополнительных услуг телемедицины может требоваться предварительное разрешение. Офтальмологические услуги — для получения оптики, покрываемой программой Medicare, может потребоваться предварительное разрешение. Если необходимая вам услуга не требует предварительного разрешения, может потребоваться направление от плана.	**Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — для получения дополнительных услуг телемедицины предварительное разрешение <u>не требуется</u>.** **Офтальмологические услуги — для получения оптики, покрываемой программой Medicare, предварительное разрешение <u>не требуется</u>.** **Если необходимая вам услуга не требует предварительного разрешения, может потребоваться направление от плана.**

	2025 (этот год)	**2026 (следующий год)**
Иглотерапия для лечения хронической поясничной боли	Доплата за сеанс иглотерапии у PCP, покрываемый программой Medicare, составляет $0. Доплата за сеанс иглотерапии у специалиста, покрываемый программой Medicare, составляет $20. Доплата за сеанс иглотерапии у мануального терапевта, покрываемый программой Medicare, составляет $20.	**Доплата за сеанс иглотерапии у PCP, покрываемый программой Medicare, составляет $0. Доплата за сеанс иглотерапии у специалиста, покрываемый программой Medicare, составляет $20. Доплата за сеанс иглотерапии у мануального терапевта, покрываемый программой Medicare, составляет $15.**
Услуги интенсивной кардиологической реабилитации	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $35.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $50.**
Услуги кардиологической реабилитации	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $35.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $40.**
Услуги мануальной терапии	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $20.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $15.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Диагностическая колоноскопия	Доплата за каждую процедуру диагностической колоноскопии, покрываемую программой Medicare и выполняемую в амбулаторном отделении больницы, составляет $0. Доплата за каждую процедуру диагностической колоноскопии, покрываемую программой Medicare и выполняемую в амбулаторном хирургическом центре, составляет $125.	**Доплата за каждую процедуру диагностической колоноскопии, покрываемую программой Medicare, составляет $0 вне зависимости от места предоставления услуги.**
Экстренная медицинская помощь	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $125. Доплата не взимается в случае госпитализации в больницу в течение 24 часов.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $130.** **Доплата не взимается в случае госпитализации в больницу в течение 24 часов.**
Экстренная медицинская помощь — страховое покрытие экстренной медицинской помощи по всему миру	Доплата за каждую покрываемую услугу составляет $125. Доплата <u>также взимается</u> в случае госпитализации в больницу.	**Доплата за каждую покрываемую услугу составляет $130.** **Доплата <u>также взимается</u> в случае госпитализации в больницу.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Экстренная медицинская помощь — страховое покрытие неотложной медицинской помощи по всему миру	Доплата за каждую покрываемую услугу составляет $125. Доплата также взимается в случае госпитализации в больницу.	**Доплата за каждую покрываемую услугу составляет $130.** **Доплата также взимается в случае госпитализации в больницу.**
Стационарное лечение в больнице	При покрываемом пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата составляет $275 за каждый день с 1-го по 7-й и $0 за каждый день с 8-го по 90-й за каждое покрываемое пребывание в больнице	**При покрываемом пребывании в учреждении за каждое пребывание:** **Доплата составляет $325 за каждый день с 1-го по 7-й и $0 за каждый день с 8-го по 90-й за каждое покрываемое пребывание в больнице**
Питание — после стабилизации острого состояния (действуют ограничения и исключения)	Доплата за питание после стабилизации острого состояния составляет $0. Услуга подразумевает не более 3 приемов пищи в день на протяжении не более 14 дней; максимум 42 приема пищи.	**Доплата за питание после стабилизации острого состояния составляет $0.** **Услуга подразумевает не более 3 приемов пищи в день на протяжении 14 дней; максимум 42 приема пищи. Услугу необходимо запросить в течение 45 дней после выписки из стационара.**
Амбулаторные диагностические обследования, терапевтические услуги и материалы — амбулаторные рентгенологические услуги	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $25.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $50.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Амбулаторная хирургия — услуги амбулаторного отделения больницы	Доплата за амбулаторные хирургические услуги, покрываемые программой Medicare, составляет $250. Доплата за не относящиеся к хирургии услуги, покрываемые программой Medicare, включая амбулаторный паллиативный уход, составляет $150.	**Доплата за амбулаторные хирургические услуги, покрываемые программой Medicare, составляет $300. Доплата за не относящиеся к хирургии услуги, покрываемые программой Medicare, включая амбулаторный паллиативный уход, составляет $150.**
Амбулаторная хирургия — услуги амбулаторного наблюдения в больнице	Доплата за услуги амбулаторного наблюдения составляет $125 при условии перевода на наблюдение из отделения неотложной помощи. Доплата за услуги амбулаторного наблюдения составляет $250 при условии перевода на наблюдение из амбулаторного учреждения.	**Доплата за услуги амбулаторного наблюдения составляет $130 при условии перевода на наблюдение из отделения неотложной помощи. Доплата за услуги амбулаторного наблюдения составляет $300 при условии перевода на наблюдение из амбулаторного учреждения.**
Частичная госпитализация и услуги по программе интенсивного амбулаторного лечения	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $105 за каждый день.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $140 за каждый день.**
Услуги легочной реабилитации	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $15.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $35.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF)	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата за покрываемое программой Medicare обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода составляет $0 за каждый день с 1-го по 20-й, $214 за каждый день с 21-го по 50-й и $0 за каждый день с 51-го по 100-й. В случае пребывания в учреждении свыше 100 дней: вы оплачиваете все расходы.	**При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание:** **Доплата за покрываемое программой Medicare обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода составляет $0 за каждый день с 1-го по 20-й, $218 за каждый день с 21-го по 50-й и $0 за каждый день с 51-го по 100-й.** **В случае пребывания в учреждении свыше 100 дней: вы оплачиваете все расходы.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Особые дополнительные услуги для хронических больных (SSBCI) Указанные покрываемые услуги являются частью особых дополнительных услуг для хронических больных. Не все участники соответствуют условиям для получения этих услуг. Помимо высокого уровня риска у вас должно быть одно или несколько из следующих хронических заболеваний: рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические и ведущие к инвалидности психические расстройства, хронические заболевания легких, сахарный диабет. Предусмотрены и другие не перечисленные здесь заболевания, дающие право на участие в программе. Право на получение этой льготы не может быть гарантировано только на основании вашего заболевания. Для получения льготы необходимо удовлетворять всем применимым требованиям. Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами или ознакомьтесь с Документом об объеме страховой ответственности страховщика в рамках плана страхования.	Услуги по программе SSBCI не предлагаются планом.	**Если вы соответствуете критериям для получения услуг SSBCI, вы можете использовать ежемесячную денежную компенсацию Wellcare Spendables® на перечисленные ниже покрываемые услуги. Денежная компенсация комбинируется с услугой покрытия безрецептурных (OTC) товаров, стоматологическими, офтальмологическими и сурдологическими услугами. После подтверждения соответствия критериям эти расширенные покрываемые услуги станут доступны вам в течение 7–10 рабочих дней.** **Доплата составляет $0. Дополнительные сведения о карте Wellcare Spendables® см. в разделе данной таблицы, посвященном Wellcare Spendables®.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Оплата бензина у бензоколонки **Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать свою карту Wellcare Spendables® для оплаты бензина прямо у бензоколонки. Карту нельзя использовать для оплаты лично на кассе. Карту можно использовать для заправки автомобиля бензином только до определенной разрешенной суммы.** **Здоровое питание** **Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать свою карту Wellcare Spendables® как вспомогательное средство для оплаты утвержденных продуктов, обеспечивающих здоровое и полноценное питание, в розничных магазинах, участвующих в программе. Готовые блюда и наборы продуктов доступны для заказа через онлайн-портал. Денежную компенсацию нельзя использовать для приобретения табачных изделий или алкоголя. Утверждены следующие товары:**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		• Мясо и птица • Фрукты и овощи • Питательные напитки Средства обустройства дома и поддержания безопасности Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для покрытия стоимости средств обустройства дома и поддержания безопасности, включая услуги установки определенных изделий. Одобрены в том числе следующие товары и услуги: • Поручни или дверные ручки и нескользящие напольные покрытия • Безопасные стулья и приспособления для модификации ванной комнаты • Портативные средства для кондиционирования и улучшения качества воздуха

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		• Средства для борьбы с вредителями и насекомыми и обработка дома Помощь с оплатой коммунальных услуг Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать свою карту Wellcare Spendables® как вспомогательное средство для оплаты утвержденных планом коммунальных услуг в вашем доме, включая следующие: • Электричество, газоснабжение, канализация/утилизация твердых отходов и водоснабжение • Услуги проводной и сотовой телефонной связи • Доступ к сети Интернет • Кабельное телевидение (за исключением онлайн-кинотеатров) • Определенные расходы на бензин, например в качестве печного топлива

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Помощь с оплатой аренды Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать свою карту Wellcare Spendables® как вспомогательное средство для покрытия аренды вашего дома.
Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET)	Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $15.	**Доплата за каждую услугу, покрываемую Medicare, составляет $25.**
Услуги транспортировки	Доплата за 36 поездок в рамках неэкстренной транспортировки в пределах нашей зоны обслуживания ежегодно составляет $0. Ограничение составляет 75 миль в одну сторону и 4 поездки в одну сторону в день. Если поездка требуется для получения планового медицинского обслуживания, звоните не более чем за 1 месяц и не менее чем за 3 дня до приема. Возможность бронирования поездки день в день зависит от доступности. Поездкой считается поездка в одну сторону на такси, микроавтобусе или через сервис совместных поездок до медицинского учреждения.	**Доплата за 36 поездок в рамках неэкстренной транспортировки в пределах нашей зоны обслуживания ежегодно составляет $0.** **Расстояние поездок ограничено до 75 миль в одну сторону. Если поездка требуется для получения планового медицинского обслуживания, звоните не более чем за 1 месяц и не менее чем за 3 дня до приема. Возможность бронирования поездки день в день зависит от доступности. Поездкой считается поездка в одну сторону на такси, легковом автомобиле, автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, или через сервис совместных поездок до медицинского учреждения.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Модель ценностно-ориентированного страхования (VBID)	Доплата составляет $0. Поскольку ваш план страхования участвует в программе ценностно-ориентированного страхования, вы можете использовать свою денежную компенсацию Wellcare Spendables® для получения следующих льгот: • Оплата бензина у бензоколонки: оплачивайте бензин прямо у бензоколонки. • Здоровое питание: утвержденные продукты, обеспечивающие здоровое и полноценное питание, в розничных магазинах, участвующих в программе. • Модификации дома: помощь с оплатой модификаций дома и средств поддержания безопасности. • Помощь с оплатой аренды: покрытие аренды вашего дома. • Помощь с оплатой коммунальных услуг: утвержденные планом коммунальные услуги в вашем доме.	**Льготы в рамках модели ценностно-ориентированного страхования <u>не предлагаются</u> планом.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
	Дополнительные сведения о карте Wellcare Spendables® см. в разделе данной таблицы, посвященном Wellcare Spendables®. Программа Medicare одобрила предоставление данных услуг планом Wellcare в рамках программы ценностно-ориентированного страхования. Эта программа позволяет Medicare испытать новые способы усовершенствования планов Medicare Advantage.	
Wellcare Spendables®	Доплата составляет $0. Вы получаете ежемесячную денежную компенсацию в размере $117, которую можно использовать в рамках определенных льгот. Информацию об изменениях, касающихся льгот в рамках программы VBID, см. в разделе данной таблицы, посвященном модели ценностно-ориентированного страхования (VBID).	**Доплата составляет $0. Вы будете получать ежемесячную денежную компенсацию в размере $138 в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables®; эти средства можно тратить на товары OTC, а также стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги.** **Неиспользованная сумма ежемесячной денежной компенсации переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
	Безрецептурные (OTC) товары Вы можете использовать карту в участвующих в программе магазинах, через мобильное приложение или после регистрации на портале для участников, позволяющем оформить доставку на дом. **Стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги** Карта Wellcare Spendables® не может быть использована для оплаты расходов на стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги.	**Карту можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:** **Безрецептурные (OTC) товары** **Вы можете использовать карту в участвующих в программе магазинах, через мобильное приложение или после регистрации на портале для участников, позволяющем оформить доставку на дом.** **Стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги** **Вы можете использовать карту в качестве вспомогательного средства для снижения личных расходов на соответствующие условиям стоматологические, офтальмологические и/или сурдологические услуги. Карту можно использовать напрямую при совершении платежей поставщику стоматологических, офтальмологических или сурдологических услуг.** **Дополнительные сведения см. в Документе об объеме страховой ответственности страховщика.** **Перечисленные ниже льготы относятся к услугам SSBCI. Не все участники соответствуют условиям для получения этих услуг.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
		Для получения следующих предусмотренных планом страхования услуг вы должны отвечать определенным критериям. Если вы соответствуете критериям, денежную компенсацию на карте можно также использовать для получения следующих льгот: • **Оплата бензина у бензоколонки** • **Здоровое питание** • **Средства обустройства дома и поддержания безопасности** • **Помощь с оплатой аренды** • **Помощь с оплатой коммунальных услуг** • **Средства и услуги для борьбы с вредителями** **Дополнительные сведения о данных льготах см. в разделе данной таблицы, посвященном особым дополнительным услугам для хронических больных (SSBCI).**

Раздел 1.6 Изменения в страховом покрытии лекарств по программе Часть D

Изменения в нашем Перечне лекарств

Наш перечень покрываемых лекарств называется справочником лекарств или Перечнем лекарств. Экземпляр Перечня лекарств предоставляется в электронном виде.

Мы внесли изменения в наш Перечень лекарств, включая возможное удаление или добавление лекарств, изменение ограничений, действующих в отношении покрытия определенных лекарств, а также их перемещение на другой уровень участия в расходах. **Изучите Перечень лекарств и убедитесь, что необходимые вам лекарства будут покрываться в следующем году, а также проверьте наличие каких-либо ограничений или факт перемещения лекарства на другой уровень участия в расходах.**

Большинство изменений в Перечне лекарств вступают в силу в начале каждого года. Однако мы можем вносить и другие изменения, допускаемые правилами программы Medicare, которые затронут вас в течение календарного года. Мы не реже чем ежемесячно обновляем наш Перечень лекарств, представленный онлайн, с целью предоставить наиболее актуальный список препаратов. В случае внесения изменения, которое коснется вашего доступа принимаемого вами лекарства, мы отправим вам уведомление о таком изменении.

Если вас затрагивает какое-либо изменение в страховом покрытии лекарств, вступающее в силу в начале или в течение года, изучите главу 9 *Документа об объеме страховой ответственности страховщика* и обсудите возможные варианты действий с лицом, выписывающим вам лекарство; например, вы можете запросить временный запас, подать запрос на исключение из правил покрытия и/или совместно подобрать новое лекарство. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711).

Раздел 1.7 Изменения в страховом покрытии рецептурных препаратов и расходах на них

Стадии оплаты лекарственных препаратов

Предусмотрено **3 стадии оплаты лекарственных препаратов:** стадия ежегодного не покрываемого страховкой минимума, стадия первоначального страхового покрытия и стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Стадия отсутствия страхового покрытия и программа скидок на период отсутствия страхового покрытия больше не существуют в рамках программы Часть D.

- ***Стадия 1: ежегодный не покрываемый страховкой минимум***

  Вы начинаете каждый календарный год на этой стадии оплаты. На этой стадии вы оплачиваете полную стоимость лекарств уровня 2 (непатентованные лекарственные препараты), уровня 3 (предпочтительные патентованные препараты), уровня 4 (непредпочтительные лекарственные препараты) и уровня 5 (уровень специализированных лекарственных препаратов), пока не достигнете ежегодного не покрываемого страховкой минимума.

- ***Стадия 2: первоначальное страховое покрытие***

  Выплатив ежегодный не покрываемый страховкой минимум, вы переходите на стадию первоначального страхового покрытия. На этой стадии наш план страхования оплачивает свою долю расходов на лекарства, а вы платите свою долю. Как правило, вы остаетесь на этой стадии до тех пор, пока ваши личные расходы на лекарства с начала года не достигнут суммы $2,100.

- ***Стадия 3: страховое покрытие по достижении предела самостоятельных расходов***

  Это третья и последняя стадия оплаты лекарственных препаратов. На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D. Как правило, вы остаетесь на этой стадии до конца календарного года.

Программа скидок на период отсутствия страхового покрытия заменена программой скидок от производителя. В рамках программы скидок от производителя производители лекарств на стадиях первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов оплачивают часть установленной нашим планом полной стоимости патентованных лекарств и биопрепаратов, покрываемых по программе Часть D. Скидки за счет производителей в рамках программы скидок от производителя не идут в счет ваших личных расходов.

В таблице указаны ваши расходы по каждому рецепту на этой стадии.

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Ежегодный не покрываемый страховкой минимум	Поскольку у нас не предусмотрен не покрываемый страховкой минимум, данная стадия оплаты к вам не относится.	**$615** **На этой стадии вы платите $19 в рамках *стандартного участия в расходах* либо $18 в рамках *привилегированного участия в расходах* на лекарства уровня 1 (предпочтительные непатентованные препараты), $8 в рамках *стандартного участия в расходах* либо $0 в рамках *привилегированного участия в расходах* на лекарства уровня 6 (препараты из особой подборки), а также оплачиваете полную стоимость лекарств уровня 2 (непатентованные препараты), уровня 3 (предпочтительные патентованные препараты), уровня 4 (непредпочтительные лекарственные препараты) и уровня 5 (уровень специализированных лекарственных препаратов) до тех пор, пока не достигнете суммы ежегодного не покрываемого страховкой минимума.**

Расходы на лекарства на стадии 2: первоначальное страховое покрытие

В таблице указаны ваши расходы по каждому рецепту при получении месячного запаса в сетевой аптеке со стандартным и привилегированным участием в расходах.

Стоимость большинства вакцин в рамках программы Часть D для взрослых покрывается для вас полностью. Дополнительные сведения о стоимости вакцин или информацию о расходах при приобретении долгосрочного запаса лекарства, о сетевой аптеке, которая предлагает привилегированное участие в расходах, либо заказе лекарств по рецепту с доставкой по почте см. в главе 6 *Документа об объеме страховой ответственности страховщика*.

Когда ваши личные расходы на покрываемые лекарства по программе Часть D достигнут суммы $2,100, вы перейдете на следующую стадию (стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов).

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Лекарства уровня 1 — предпочтительные непатентованные препараты:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **доплата составляет $19** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **доплата составляет $18** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Лекарства уровня 2 — непатентованные препараты:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **доплата составляет $20** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **доплата составляет $19** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Лекарства уровня 3 — предпочтительные патентованные препараты:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Вы платите $0 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **вы оплачиваете 25% от общей стоимости** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **вы оплачиваете 25% от общей стоимости** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Лекарства уровня 4 — непредпочтительные лекарственные препараты:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Вы платите $0 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **доплата составляет $100** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **доплата составляет $100** **Вы платите $35 или 25% (меньшую из двух сумм) за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**

	2025 **(этот год)**	**2026** **(следующий год)**
Лекарства уровня 5 — уровень специализированных лекарственных препаратов:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **вы оплачиваете 25% от общей стоимости** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **вы оплачиваете 25% от общей стоимости** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**
Лекарства уровня 6 — препараты из особой подборки:	Доплата за все лекарства, покрываемые по программе Часть D, составляет $0. Ваши расходы при заказе месячного (30-дневного) запаса лекарства по рецепту с доставкой по почте составляют $0.	***Стандартное участие в расходах:*** **доплата составляет $8** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.** ***Привилегированное участие в расходах:*** **доплата составляет $0** **Заказ месячного (30-дневного) запаса лекарств по рецепту с доставкой по почте <u>не</u> покрывается.**

Мы изменили уровень покрытия некоторых лекарственных препаратов в нашем Перечне лекарств. Найдите свои препараты в Перечне лекарств, чтобы проверить, не изменился ли уровень их покрытия.

Изменения, касающиеся ваших льгот VBID в рамках программы Часть D

Описание	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Исключение из участия в расходах в рамках программы Часть D	Поскольку вы имеете право на исключение из участия в расходах в рамках программы Часть D, вы ничего не платите за любые покрываемые лекарства по программе Часть D.	**Исключение из участия в расходах в рамках программы Часть D <u>не предлагается</u>, поэтому вам придется выплачивать вашу долю расходов LIS. См. Дополнение о LIS.**

Изменения, касающиеся стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов

Конкретную информацию о ваших расходах на стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов см. в разделе 6 главы 6 *Документа об объеме страховой ответственности страховщика*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

Информация, представленная в таблице «Административные изменения» ниже, отражает ежегодные изменения в вашем плане страхования, которые напрямую не влияют на получаемые услуги или долю расходов.

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Заблаговременный запрос заключения о страховом покрытии	Участники могли подать запрос на получение заключения о страховом покрытии до наступления даты, когда в силу вступает страховое покрытие на следующий год.	**Участники могут подать запрос на получение заключения о страховом покрытии с 1/1/2026. Любой запрос, поданный ранее этой даты, будет рассматриваться только для текущего страхового года.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Апелляции 1-го уровня	Вы можете подать стандартную апелляцию 1-го уровня в наш план в письменном виде. Подробнее см. в главе 9 Документа об объеме страховой ответственности страховщика.	**Вы можете подать стандартную апелляцию 1-го уровня в наш план в письменном виде или позвонив в отдел обслуживания участников плана. Подробнее см. в главе 9 Документа об объеме страховой ответственности страховщика.**
Варианты выхода участников из страхового плана	Если вам нужно перейти с нашего плана на программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage, вам необходимо отправить нам письменный запрос на выход из страхового плана. Подробнее см. в главе 10 Документа об объеме страховой ответственности страховщика.	**Если вам нужно перейти с нашего плана на программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage, вам необходимо отправить нам письменный запрос на выход из страхового плана или посетить наш веб-сайт, чтобы выйти из страхового плана онлайн. Подробнее см. в главе 10 Документа об объеме страховой ответственности страховщика.**

	2025 (этот год)	2026 (следующий год)
Предпочтительные товары при сахарном диабете по программе Часть B	Предпочтительной торговой маркой товаров для тестирования при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) является OneTouch™. Продукция, выпускаемая под другими товарными знаками, не покрывается без разрешения и при отсутствии необходимости по медицинским показаниям.	**Предпочтительными торговыми марками товаров для тестирования при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) являются Accu-Chek Guide™ и True Metrix™. Продукция, выпускаемая под другими товарными знаками, не покрывается без разрешения и при отсутствии необходимости по медицинским показаниям.**
План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare	План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это введенный в этом году способ оплаты, который позволяет вам эффективнее управлять своими личными расходами на лекарства, покрываемые нашим планом страхования, равномерно распределяя их по календарному году (с января по декабрь). Возможно, вы используете этот способ оплаты.	**Если вы участвуете в Плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare и остаетесь в том же плане по программе Часть D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.** **Чтобы узнать больше об этом способе оплаты, позвоните нам по номеру 1-833-750-9969. (Только при использовании TTY: набирайте 1-800-716-3231.) Либо посетите веб-сайт www.Medicare.gov.**

РАЗДЕЛ 3 Порядок смены плана страхования

Чтобы остаться участником плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP), от вас не требуется никаких действий. Если вы до 7 декабря не вступите в другой план страхования и не перейдете в программу Original Medicare, вы будете автоматически зарегистрированы как участник нашего плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).

Если вы хотите сменить план страхования на 2026 год, выполните следующие действия:

- **Для перехода в другой план медицинского страхования Medicare** вступите в такой новый план. Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- **Для перехода в программу Original Medicare с сохранением страхового покрытия лекарственных препаратов в рамках Medicare** вступите в новый план покрытия лекарств в рамках Medicare. Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP).
- **Для перехода в программу Original Medicare без участия в плане покрытия лекарств** можно отправить нам письменный запрос на исключение из нашего плана страхования либо посетить наш веб-сайт, чтобы выйти из плана онлайн (go.wellcare.com/WI). Для получения дополнительной информации о порядке действий позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711). Либо позвоните в **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросите, чтобы вас исключили из плана страхования. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Если вы не вступите в план покрытия лекарств в рамках Medicare, возможно, вам придется платить надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D (см. раздел 4).
- **Дополнительную информацию о программе Original Medicare и различных типах планов Medicare** можно получить на веб-сайте www.Medicare.gov, в справочнике *Medicare и вы за 2026 год*, по телефону Программы помощи по вопросам медицинского страхования штата (см. раздел 5) или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Раздел 3.1 Сроки смены плана страхования

Участники программы Medicare могут вносить изменения в свое страховое покрытие в период **с 15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если вы вступили в план Medicare Advantage с 1 января 2026 года, при этом вас не устраивает ваш выбор плана страхования, с 1 января по 31 марта 2026 года вы можете перейти в другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов в рамках Medicare или без него) или в программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов в рамках Medicare или без него).

Раздел 3.2 Можно ли сменить план в другое время в течение года?

В определенных ситуациях то или иное лицо может иметь иные возможности внести изменения в свое страховое покрытие в течение года. Например, участники программы, удовлетворяющие одному из следующих критериев:

- Получение помощи от Департамента здравоохранения штата Wisconsin
- Участие в программе «Дополнительная помощь», помогающей с оплатой лекарств
- Наличие или потеря страхового покрытия от работодателя
- Переезд за пределы зоны обслуживания нашего плана страхования

Поскольку вы получаете помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, вы можете выйти из нашего плана страхования в любой месяц года, выбрав один из следующих вариантов участия в программе Medicare:

- Original Medicare *с участием* в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare,
- Original Medicare *без участия* в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare (если вы выберете этот вариант, Medicare может зарегистрировать вас в плане покрытия лекарств, если только вы не отказались от автоматической регистрации) или
- Интегрированный план D-SNP, предоставляющий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги, получаемые через Департамент здравоохранения штата Wisconsin (если вы соответствуете условиям участия в таком плане).

Если вы недавно поступили или в настоящее время проживаете в медицинском учреждении (например, учреждении квалифицированного сестринского ухода или больнице, предоставляющей долгосрочный уход), вы можете **в любое время** внести изменения в свое страховое покрытие в рамках Medicare. Вы можете в любое время перейти в любой другой план медицинского страхования Medicare (с покрытием лекарственных препаратов в рамках Medicare или без него) или в программу Original Medicare (с отдельным покрытием лекарственных препаратов в рамках Medicare или без него). Если вы недавно выписались из медицинского учреждения, в течение 2 полных месяцев после выписки у вас есть возможность сменить план страхования или перейти в программу Original Medicare.

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи с оплатой рецептурных препаратов

Вы можете иметь право на получение помощи с оплатой рецептурных препаратов. Доступны различные виды помощи:

- **Программа «Дополнительная помощь» от Medicare.** Лица с ограниченными доходами могут иметь право на участие в программе «Дополнительная помощь» для оплаты расходов на рецептурные препараты. Если вы соответствуете критериям, программа Medicare может оплачивать до 75% ваших расходов на лекарства или больше, включая ежемесячные страховые взносы по плану покрытия лекарств, ежегодные не покрываемые страховкой минимумы и дополнительные взносы. Кроме того, на лиц, соответствующих критериям, не распространяется правило начисления надбавки за позднюю регистрацию. Узнайте, соответствуете ли вы критериям, позвонив:
    - По номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048; круглосуточно и без выходных.
    - В Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу для разговора с представителем. Система автоматических сообщений доступна круглосуточно. При использовании TTY набирайте 1-800-325-0778.
    - Офис Департамента здравоохранения штата Wisconsin в вашем штате.
- **Помощь по Программе помощи в оплате лекарственных препаратов вашего штата (SPAP)**. В штате Wisconsin действует программа под названием Wisconsin SeniorCare, которая предусматривает помощь жителям штата с оплатой рецептурных препаратов в зависимости от их финансовых потребностей, возраста или заболевания. Дополнительную информацию о программе можно получить, обратившись в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP). Чтобы узнать номер телефона для вашего штата, посетите веб-сайт shiphelp.org или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE.
- **Помощь в оплате расходов на рецептурные препараты лицам с ВИЧ/СПИДом.** Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) позволяет гарантировать доступ лиц с ВИЧ/СПИДом, удовлетворяющих критериям ADAP, к жизненно важным лекарственным препаратам от ВИЧ-инфекции. Чтобы иметь право участвовать в программе ADAP в вашем штате, вы должны соответствовать определенных критериям, включая подтверждение проживания в штате и наличия положительного ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода согласно установленным в штате нормам и отсутствие страховки/наличие страховки на недостаточную сумму. Если лекарства по программе Medicare Part D также покрываются программой ADAP, то помощь в оплате расходов на эти рецептурные лекарственные препараты оказывается через Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения ВИЧ (HDAP). Для получения информации о критериях соответствия, покрываемых лекарственных препаратах и процедуре регистрации в программе либо

порядке продления участия в ней позвоните в программу Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения ВИЧ (HDAP) по номеру 1-800-991-5532 (TTY: 711) с 8 a.m. до 4:30 p.m. по местному времени, с понедельника по пятницу. Во время звонка обязательно назовите название вашего плана страхования Medicare Part D или номер полиса.

- **План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare.** План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это способ оплаты, который учитывает текущее доступное вам страховое покрытие лекарств и позволяет вам эффективнее управлять своими личными расходами на лекарства, покрываемые нашим планом страхования, равномерно распределяя их по календарному году (с января по декабрь). Этот способ оплаты доступен любому лицу, участвующему в плане покрытия лекарств в рамках Medicare или плане медицинского страхования Medicare с покрытием лекарств (например, в плане Medicare Advantage с покрытием лекарств). **Этот способ оплаты может помочь вам в управлении расходами, но он не позволит вам сэкономить деньги или снизить расходы на лекарства**.

  «Дополнительная помощь» от Medicare и помощь в рамках программ SPAP и ADAP для тех, кто соответствует критериям для участия в них, более выгодны по сравнению с участием в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. В Плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare могут участвовать все участники независимо от уровня дохода. Чтобы узнать больше об этом способе оплаты, позвоните нам по номеру 1-833-750-9969 (при использовании TTY набирайте 1-800-716-3231). Либо посетите веб-сайт www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 5 У вас остались вопросы?

Получите помощь плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)

- **Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811. (При использовании TTY набирайте 711.)**

  Мы принимаем телефонные звонки. С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонки на эти номера бесплатны.

- **Изучите *Документ об объеме страховой ответственности страховщика* на 2026 год**

  Настоящее *Ежегодное уведомление об изменениях* содержит краткий обзор изменений, касающихся доступных вам покрываемых услуг и расходов на 2026 год. Подробные сведения см. в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* на 2026 год для плана Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP). *Документ об объеме страховой ответственности страховщика* — это юридический документ, в котором изложено

детальное описание покрываемых нашим планом страхования услуг. В нем разъяснены ваши права, а также правила, которым вы обязаны следовать для получения услуг и рецептурных препаратов, включенных в объем страхового покрытия. Найдите *Документ об объеме страховой ответственности страховщика* на нашем веб-сайте go.wellcare.com/WI либо позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-844-796-6811 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы попросить нас отправить вам экземпляр по почте.

- **Посетите веб-сайт** go.wellcare.com/WI

  На нашем веб-сайте содержится наиболее актуальная информация о нашей сети поставщиков услуг (*Каталог поставщиков услуг и аптек*), а также *Перечень покрываемых лекарств* (справочник лекарств/Перечень лекарств).

Получите бесплатную консультацию о программе Medicare

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) представляет собой независимую государственную программу, обученные консультанты которой работают в каждом штате. В штате Wisconsin программа SHIP называется Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата Wisconsin (Wisconsin SHIP).

Позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата Wisconsin (Wisconsin SHIP), чтобы получить бесплатную персональную консультацию по вопросам медицинского страхования. Сотрудники готовы помочь вам определиться с выбором плана Medicare и плана от Департамента здравоохранения штата Wisconsin, а также ответить на вопросы о смене плана. Позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата Wisconsin (Wisconsin SHIP) по номеру 1-800-242-1060. Узнайте больше о Программе помощи по вопросам медицинского страхования штата Wisconsin (Wisconsin SHIP), посетив веб-сайт https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm.

Получите помощь от программы Medicare

- **Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  Вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

- **Общайтесь в чате в режиме реального времени на веб-сайте www.Medicare.gov**

  Вы можете общаться в чате в режиме реального времени на странице www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Напишите в Medicare**

  Вы можете написать в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите веб-сайт www.Medicare.gov**

  На официальном веб-сайте Medicare размещена информация о стоимости, страховом покрытии и рейтингах качества Star Ratings, которая поможет вам сравнить планы медицинского страхования Medicare в регионе вашего проживания.

- **Изучите справочник *Medicare и вы* за *2026 год***

  Справочник *Medicare и вы за 2026 год* отправляется участникам программы Medicare по почте каждую осень. В документе представлен краткий обзор льгот, прав и механизмов защиты, предусмотренных программой Medicare, а также ответы на распространенные вопросы о программе Medicare. Получите экземпляр документа, посетив веб-сайт www.Medicare.gov или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

Получите помощь от Департамента здравоохранения штата Wisconsin

Звоните в Департамент здравоохранения штата Wisconsin по номеру 1-608-266-1865 с 8 a.m. до 4:30 p.m. CT, с понедельника по пятницу. При использовании TTY набирайте 711, чтобы получить помощь с регистрацией в плане от Департамента здравоохранения штата Wisconsin и покрываемых услугах.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

Language assistance services are available to you for free. This includes oral interpretation, sign language, and written translation, auxiliary aids and services, and other formats such as large print, Braille, audio, electronic, and printed materials.

Do you need language help? Call 1-844-796-6811 (TTY 711).

Español
Los servicios de asistencia lingüística se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Esto incluye interpretación oral, lengua de señas, traducción por escrito, ayudas y servicios auxiliares y otros formatos como letra grande, braille, audio y materiales digitales e impresos. Para obtener ayuda, llame al 1-844-796-6811 (TTY 711).

简体中文
我们为您提供免费的语言协助服务。包括口译服务、手语翻译、书面翻译、辅助设施与服务，以及其他格式如大字体印刷、盲文、音频、电子版和印刷版材料。如需协助，请致电 1-844-796-6811 (TTY 711)。

繁體中文
您可以免費獲得語言協助服務。這包括口譯、手語與書面翻譯、輔助工具和服務，以及其他格式，例如大字版、點字版、語音版、電子版和印刷資料。如需協助，請致電 1-844-796-6811 (TTY 711)。

Lus Hmoob
Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Qhov no suav nrog kev txhais lus ntawm qhov ncauj, txhais lus piav tes, thiab kev ntxhais ua ntaub ntawv, muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam, thiab ua lwm hom ntaub ntawv xws li luam ua ntawv loj, ua ntawv Xuas rau neeg dig muag, ua suab, hauv es lev thos niv, thiab luam tawm ua ntaub ntawv. Yog xav tau kev pab, hu rau 1-844-796-6811 (TTY 711).

ພາສາລາວ
ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ຟຣີ ເຊິ່ງນີ້ປະກອບມີການຕີຄວາມປາກເປົ່າ, ພາສາມື, ແລະ ການແປພາສາທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ, ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ເອເລັກໂທຣນິກ, ແລະອຸປະກອນການພິມຕ່າງໆ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-796-6811 (TTY 711).

ဗမာ
ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အကူအညီပေးမည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ယင်းတို့၌ နှုတ်စကားပြန်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ဖြင့် ဖော်ပြသောဘာသာစကားနှင့် စာဖြင့်ဘာသာပြန်ဆိုခြင်း၊ သင့်လျော်သော ကိရိယာအကူအညီများနှင့်ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။ ထို့အပြင် စာလုံးအရွယ်အစားကြီးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ၊ အသံ၊ ဒစ်ဂျစ်တယ်ပုံစံနှင့် ပုံနှိပ်ထားသောစာရွက်စာတမ်းများကဲ့သို့ အခြားပုံစံများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ အကူအညီအတွက် 1-844-796-6811 (TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

H8189_WCM_4377400_MLT_WIHE_C Internal Approved 06092025 WI HIDE
4377400_NA6WCMINSMLT_M_WIHE 06/25

Soomaali
Adeegyada kaalmada luuqadda ayaa kuugu diyaar ah si bilaash ah. Waxaa ka mid ah turjumaad afeed, luuqadda calaamadaha, iyo tarjumaad qoraal ah, qalab iyo adeegyo kaabayaal ah, iyo qaabab kale sida daabacaadda waaweyn, qoraalka Braille, cod, elektaroonik, iyo agab daabacan. Wixii caawimo ah, wac 1-844-796-6811 (TTY 711).

Русский
Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. К ним относятся устный перевод, перевод на жестовый язык и письменный перевод, вспомогательные средства и услуги, а также другие форматы, включая крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиоформат, электронные и печатные материалы. Для получения помощи позвоните по номеру 1-844-796-6811 (TTY 711).

Hrvatski
Jezične pomoćne usluge dostupne su vam besplatno. To uključuje usmeno tumačenje, znakovni jezik i pisani prijevod, pomoćna pomagala i usluge te druge formate kao što su krupni font, Brailleovo pismo, zvučni, elektronički i tiskani materijali. Za pomoć nazovite 1-844-796-6811 (TTY 711).

العربية
تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. ويشمل ذلك الترجمة الشفهية ولغة الإشارة والترجمة الكتابية ومساعِدات وخدمات إضافية وغيرها من التنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة وبطريقة برايل والملفات الصوتية والإلكترونية والمواد المطبوعة. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-844-796-6811 (TTY 711).

Deutsch
Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Dazu gehören mündliche Verdolmetschung, Gebärdensprache und schriftliche Übersetzung, zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen sowie andere Formate wie Großdruck, Braille-Schrift, Audio, elektronische und gedruckte Materialien. Wenden Sie sich für Unterstützung an: 1-844-796-6811 (TTY 711).

Tiếng Việt
Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Dịch vụ này bao gồm phiên dịch, ngôn ngữ ký hiệu và biên dịch, dịch vụ và trợ giúp bổ trợ và các định dạng khác như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi, âm thanh, tài liệu bản điện tử và bản giấy. Để được hỗ trợ, hãy gọi 1-844-796-6811 (TTY 711).

한국어
언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 여기에는 통역, 수화, 번역, 보조 도구 및 서비스, 기타 형식(대형 인쇄물, 점자, 오디오, 전자 및 인쇄 자료)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 1-844-796-6811(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polski
Usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Obejmują one tłumaczenia ustne, pisemne oraz w języku migowym, dodatkowe pomoce i usługi, a także materiały z większą czcionką, w alfabecie Braille'a, audio oraz drukowane. W celu uzyskania pomocy prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-844-796-6811 (TTY 711).

हिंदी

भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. इसमें मौखिक व्याख्या, सांकेतिक भाषा और लिखित अनुवाद, सहायक साधन और सेवाओं के साथ ही अन्य फ़ॉर्मेट जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल, ऑडियो, इलेक्ट्रॉनिक और प्रिंट की गई सामग्री शामिल हैं. सहायता के लिए, 1-844-796-6811 (TTY 711) पर कॉल करें.

Shqip

Shërbimet e ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju pa pagesë. Kjo përfshin interpretimin, gjuhën e shenjave dhe përkthimin me shkrim, pajisjet dhe shërbimet ndihmëse, si dhe formatet e tjera si p.sh. formati me germa të mëdha, shkrimi "Braj", materialet audio, elektronike dhe të printuara. Për ndihmë, telefononi në numrin në 1-844-796-6811 (TTY 711).

রোহিঙ্গা

অনে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা ফাইবান। ইয়ান্দর বিতর মৌখিক অনুবাদ, সাইন ভাষা, লিখিত অনুবাদ, সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা এবং অন্যান্য ফরম্যাট যেমন বড় অক্ষরত মুদ্রণ, ব্রেইল, অডিও, ইলেকট্রনিক ও প্রিন্ট গইজ্জা উপকরণ তাকিবো। সহায়তারলাই কল গরন 1-844-796-6811 (TTY 711)।