

## Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ofrecido por WellCare of Texas, Inc.

## Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Liberty (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/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). 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. COMPARA: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare), o 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 Liberty (HMO 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 Liberty (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2, página 19 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.
- Para más información, llame a nuestro número de Servicios para los miembros al número 1-833-444-9089. (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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

## Acerca de Wellcare Dual Liberty (HMO 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. Miembros de Texas D-SNP: Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Usted recibe la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta a través de Wellcare, y también es elegible para recibir servicios de atención médica y cobertura adicionales a través de Texas Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Texas Medicaid, visite <https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html>. Para obtener información detallada acerca de los beneficios de Texas Medicaid, consulte el sitio web de Texas Medicaid en <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>. Para solicitar una copia impresa del *Directorio de Proveedores* de Medicaid, comuníquese con nosotros.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a WellCare of Texas, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

---

H0174\_006\_2025\_TX\_ANOC\_DSNP\_154753S\_M

## **Aviso anual de cambios para 2025**

### **Índice**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>  | <b>7</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....  | 7         |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....   | 7         |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....   | 8         |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....  | 9         |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....   | 15        |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>  | <b>19</b> |
| Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).....   | 19        |
| Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....   | 19        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Texas Department of Health and Human Services .....</b> | <b>21</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>  | <b>22</b> |
| Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) .....   | 22        |
| Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....   | 22        |
| Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Texas Department of Health and Human Services .....  | 23        |

## Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y de 2025 para Wellcare Dual Liberty (HMO 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)   |
|--|---|--|
| <b>Prima mensual del plan*</b>   | \$0   | \$0  |
| <b>Consultas en el consultorio de un médico</b>  | Consultas de atención primaria:<br>\$0 de copago por consulta<br><br>Consultas con un especialista:<br>\$0 de copago por consulta   | Consultas de atención primaria:<br>\$0 de copago por consulta<br><br>Consultas con un especialista:<br>\$0 de copago por consulta  |
| <b>Estancias hospitalarias de pacientes internados</b>   | Para admisiones cubiertas, por admisión:<br><br>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta   | Para admisiones cubiertas, por admisión:<br><br>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta  |
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información). | Deducible: \$0<br><br>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.<br><br>Cobertura en situaciones catastróficas:<br>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.<br><br>Usted no paga nada. | Deducible: \$0<br><br>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.<br><br>Cobertura en situaciones catastróficas:<br>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. |

| Costo   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red: \$8,850<br><br>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<br><br>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 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo  | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br><br>(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Texas Department of Health and Human Services). | \$0             | \$0                |

### Sección 1.2 – 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)  |
|---|-----------------|---|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>   | \$8,850         | \$9,350   |
| <b>Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</b> 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.<br><br>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. |                 | 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 1.3 – 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](http://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](http://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](http://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 1.4 – 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)   |
|---|---|--|
| <b>Autorizaciones previas</b>   | Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa. <ul style="list-style-type: none"><li>Masaje terapéutico <u>no</u> requiere(n) autorización previa.</li><li>Masaje terapéutico podría(n) requerir autorización previa.</li></ul> <p>Si su beneficio requiere o no una autorización previa, puede requerir igualmente una remisión por parte del plan.</p> |  |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos</b> | 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.    |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales</b>   | Su plan no tiene asignación máxima asignada para servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red .   | Hasta \$5,000 de asignación para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.      |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios de diagnóstico</b> | 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. |

| Costo  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)   |
|--|---|--|
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral y maxilofacial</b>            | Se limita a cada 12 a 60 meses o de por vida o cada 8 a 12 meses, o una vez por diente de por vida dependiendo del tipo de servicio cubierto..  | Se limita a 1 cirugías orales y maxilofaciales cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio.             |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - fija</b>                    | Se limita a 3 servicio(s) de prostodoncia fija cada 12 a 84 meses según el tipo de servicio.  | Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia fija cada fecha de servicio hasta 84 meses por diente según el tipo de servicio. |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración</b>              | 3 coronas o puentes cada 12 meses, 1 por diente cada 84 meses.<br>Cada 12 a 84 meses para otros servicios de restauración, según el tipo de servicio  | Se limita a 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses por diente según el tipo de servicio.                         |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Radiografías dentales</b> | 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.                                      |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de implantes</b>                 | Usted paga \$0 de copago.   | Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de implantes <u>no</u> están cubiertos.           |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de implantes</b>                 | Se limita a 2 implantes cada 12 meses, 2 procedimientos con pilares de implantes cada 12 meses, 2 implantes de coronas cada 12 meses, 1 por diente cada 84 meses, 2 procedimientos de injerto óseo cada 12 meses. | Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de implantes <u>no</u> están cubiertos.           |
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - removible</b>               | Se limita a 3 servicio(s) de prostodoncia, removible, cada 12 a 84 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.     |

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos</b> | 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.   |
| <b>Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo</b>   | Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto.<br><br>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.   | Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto.<br><br>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.   |
| <b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>  | Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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). |

| Costo  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético</b>  | Usted paga \$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.                                   | Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético <u>no</u> están cubiertas.                                       |
| <b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales</b> | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta. | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio está cubierta. |
| <b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales</b>    | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta. | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio está cubierta. |
| <b>Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales</b>  | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta. | Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br>Telesalud para este servicio está cubierta. |
| <b>Servicios adicionales para dejar de fumar</b>   | 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.  |

| Costo  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Servicios de transporte</b>   | <p>Usted paga \$0 de copago por viajes que no sean de emergencia ilimitados dentro de nuestra área de servicio cada año.</p> <p>Los traslados (también denominados “viajes”) se limitan a 75 millas por tramo y hasta 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por 60 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.</p> <p>Los traslados (también denominados “viajes”) se limitan a 75 millas por tramo y hasta 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.</p> |
| <b>Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo</b>  | <p>Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>  | <p>Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>  |
| <b>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)</b><br>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. | <p>Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios.</p> <p>Los Artículos de seguridad y mejora del hogar <u>no</u> están incluidos.</p> <p>Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.</p>  | <p>Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios.</p> <p>Los Artículos de seguridad y mejora del hogar están incluidos.</p> <p>Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.</p>  |

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina</b> | Hasta \$400 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.   | Hasta \$600 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.   |
| <b>Wellcare Spendables™</b>   | <p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$144 para usarse en ciertos beneficios. El beneficio máximo es \$1,728 cada año.</p> <p>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.</p> <p><b>Servicios dentales, de la vista y de la audición</b></p> <p>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.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$144 para usarse en ciertos beneficios.</p> <p>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.</p> <p><b>Servicios dentales, de la vista y de la audición</b></p> <p>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</p> |

| Costo                             | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)   |
|-----------------------------------|---|--|
| <b>Plataforma de apoyo social</b> | <p>La plataforma de apoyo social <u>no</u> es un beneficio cubierto.</p> <p>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.</p> <p>La plataforma Twill incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de bienestar hechos a la medida</li><li>• Apoyo de pares y expertos</li><li>• Herramientas de salud digitales personalizadas</li></ul> <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto. Sin límite de servicios de la plataforma de apoyo social cada año.</p> |

## Sección 1.5 – 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)  |
|---|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b> | 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)   |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la parte que le corresponde a usted del costo</b>.</p> <p>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.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>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.</p> | <p>El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>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).</p> |

### 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 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO 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 Liberty (HMO D-SNP).

### Sección 2.2 – 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](http://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 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Liberty (HMO 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 3 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 Texas Department of Health and Human 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 4 **Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Texas Department of Health and Human 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 Texas, el SHIP se llama Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) pueden 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 Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989). Para más información sobre Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP), visite su sitio web (<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Department of Health and Human Services comuníquese con Texas Department of Health and Human Services al 1-877-541-7905 (TTY 711) de 8 a.m. a 4 p.m. hora del Centro (CT), de lunes a viernes. Puede consultar cómo se vería afectada su cobertura de Texas Department of Health and Human Services si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

## SECCIÓN 5 **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 Texas Department of Health and Human 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:
  - A 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.** Texas cuenta con un programa denominado TX THMP SPAP Program que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con

receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-444-9089. (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 Liberty (HMO 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/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). 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/medicare](http://www.wellcare.com/medicare). 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 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

#### Visite el sitio web de Medicare

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

#### **Lea Medicare & You (*Medicare y Usted*) 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 6.3 – Cómo recibir ayuda de Texas Department of Health and Human Services**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Texas Department of Health and Human Services al 1-877-541-7905 de 8 a.m. a 4 p.m. hora del Centro (CT), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

**Chinese (Mandarin):** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese (Cantonese):** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète,appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056 (TTY: 711)** 번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوْفَر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي سؤال قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-877-374-4056 (TTY: 711)** पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèpèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèpèt, annik rele nou nan **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-877-374-4056 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

**Ilocano:** Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenco agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

**Samoan:** E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

**Ukrainian:** Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກົງວັນກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຍ່າຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົນແປໝາສາ ພົງງາຕັໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រជ្រាប់មាត់ដោយតតិតិត្តក្រឹមប្រជ្រាប់ដែលអ្នកមានអំពីកម្រោងនិសចប្បគិតម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រជ្រាប់មាត់ ត្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្លួនយេរបៀបខ្លះ 1-877-374-4056 (ទាម: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអូរបានអាណិជ្ជយកបាន។ នេះជាសេវាបកមួតតតិតិត្តក្រឹម។

**Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรา mimic บริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบค่าตอบแทน ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของ  
เรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทย  
ได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย