

## **Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS) ofrecido por SelectCare of Texas, Inc.**

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

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO). 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 costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra 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*.

- Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en 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 califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare), o revise 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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS).
- 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 TexanPlus Classic No Premium (HMO).
- 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 1-833-444-9088. (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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS)

- 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.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa SelectCare of Texas, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS).

H4506\_003\_2025\_TX\_ANOC\_HMAPD\_154936S\_M

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

### **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1    Estamos cambiando el nombre del plan.....</b>                                 | <b>10</b> |
| <b>SECCIÓN 2    Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>              | <b>10</b> |
| Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....   | 10        |
| Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....                        | 10        |
| Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....                              | 11        |
| Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....                | 12        |
| Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....        | 23        |
| <b>SECCIÓN 3    Cambios administrativos.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>SECCIÓN 4    Cómo decidir qué plan elegir .....</b>  | <b>31</b> |
| Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS) .....   | 31        |
| Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....  | 31        |
| <b>SECCIÓN 5    Plazo para el cambio de plan .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>SECCIÓN 6    Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>         | <b>33</b> |
| <b>SECCIÓN 7    Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>            | <b>33</b> |
| <b>SECCIÓN 8    Preguntas.....</b>  | <b>34</b> |
| Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS)..... | 34        |
| Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....  | 35        |

## Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 de Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS) en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos.

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Prima mensual del plan*</b>  | \$0   | \$0   |
| <b>Montos máximos que paga de su bolsillo</b><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>(Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red: \$3,400   | De proveedores de la red: \$3,400   |
| <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>\$20 de copago por consulta  | Consultas de atención primaria:<br>\$0 de copago por consulta<br><br>Consultas con un especialista:<br>\$15 de copago por consulta  |
| <b>Estancias hospitalarias de pacientes internados</b>  | Para admisiones cubiertas, por admisión:<br><br>\$325 de copago por cada hospitalización cubierta<br>\$0 de copago por día, por los días 91 al 150 por los días adicionales cubiertos | Para admisiones cubiertas, por admisión:<br><br>\$325 de copago por cada hospitalización cubierta<br>\$0 de copago por día, por los días 91 al 150 por los días adicionales cubiertos |
| <b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).  | Deductible: \$0   | Deductible: \$420 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.  |

| Costo | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|-------|---|---|
|       | <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga \$5 de copago por un suministro para un mes (30 días).</li><li>• Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga \$10 de copago por un suministro para un mes (30 días).</li><li>• Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar:</li></ul> | <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga \$5 de copago por un suministro para un mes (30 días).</li><li>• Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga \$10 de copago por un suministro para un mes (30 días).</li><li>• Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar:</li></ul> |
|       | <p>Costo compartido preferido:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>   | <p>Costo compartido preferido:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>   |
|       |   |   |

| Costo | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|-------|---|---|
|       | <p>Usted paga \$47 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$42 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:<br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga 49% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga 49% del costo total por un</p> | <p>Usted paga 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:<br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga 39% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</li> </ul> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga 39% del costo total por un</p> |

| Costo | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|-------|---|---|
|       | suministro para un mes (30 días).   | suministro para un mes (30 días).   |
|       | Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  | Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:<br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga 33% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:<br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga 28% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</li> </ul> |
|       | <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga 33% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p>  | <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga 28% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p>  |
|       | <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:<br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</li> </ul> | <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>  |

| Costo | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|-------|---|---|
|       | <p>suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>   |   |
|       | <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D <b>y de los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b><br/>Usted no paga nada.</li></ul> | <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D <b>ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></li></ul> |

## SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare TexanPlus Classic No Premium (HMO) a Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS).

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

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

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo   | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br><br>(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare). | \$0             | \$0                |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

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

| Costo  | 2024 (este año) | 2025 (próximo año)   |
|--|-----------------|--|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</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. Sus costos por medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$3,400         | \$3,400<br>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

## Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que otras farmacias de la red ofrecen para algunos medicamentos.

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

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>Cobertura de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales de rutina</b> | No hay beneficio de POS fuera de la red.   | <p>Los servicios dentales de rutina (no cubiertos por Medicare) fuera de la red <u>solo están cubiertos</u> a través de su beneficio de POS.</p> <p>Los límites de los beneficios dentales de rutina, si los hubiera, se combinan entre los proveedores dentro de la red y fuera de la red.</p> <p>Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más altos si acude a un dentista fuera de la red. Los proveedores de servicios dentales que están fuera de la red no tienen contrato para aceptar el pago del plan como pago completo. Si le cobran más de lo que paga el Plan, usted es responsable de pagar la diferencia, incluso por los servicios que tienen un copago de \$0.</p> |
| <b>Remisiones</b>  | <p>Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>no requiere(n)</u> una remisión.</li> <li>• Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida <u>no requiere(n)</u> una remisión.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>puede(n)</u> requerir una remisión.</li> <li>• Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida <u>puede(n)</u> requerir una remisión.</li> </ul>   |

| Costo   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|---|--|--|
| Si su beneficio requiere o no una remisión, aún puede requerir una autorización previa del plan.                      |  |  |
| <b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</b>   | <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un PCP.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un quiropráctico.</p> |
| <b>Servicios de quiropráctica</b>   | Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   | Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   |
| <b>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare</b>   | Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   | Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   |
| <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>   | Hasta \$1,500 de asignación para los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.  | Hasta \$2,000 de asignación para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red y fuera de la red cada año.  |

| Costo  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Cobertura de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales integrales de rutina</b>                      | No hay beneficio de POS fuera de la red.  | <b>Fuera de la red</b><br>Usted paga 25% del costo total por servicios dentales integrales cubiertos recibidos de parte de un proveedor que está dentro de la red.      |
| <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.  |
| <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 una vez por diente de por vida según el tipo de servicios cubiertos. | 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 1 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>Cobertura en un punto de servicio (Point-of-Service, POS) fuera de la red: Beneficios dentales de rutina de diagnóstico y preventivos</b> | No hay beneficio de POS fuera de la red.  | <b>Fuera de la red</b><br>Usted paga 25% del costo total por servicios dentales preventivos cubiertos que se reciban de parte de un proveedor que está fuera de la red. |
| <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 - Prostodoncia - removible</b>   | Se limita a 1 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>Servicios de emergencia</b>  | <p>Usted paga \$135 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.</p> | <p>Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.</p> |
| <b>Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo</b>   | <p>Usted paga \$135 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.</p>                              | <p>Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.</p>                              |

| Costo  | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>                           | <p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> |
| <b>Servicios auditivos - Evaluación auditiva cubierta por Medicare</b> | <p>Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>  | <p>Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>  |

| Costo  | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <b>Tratamiento de infusión en el hogar</b>                 | <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio profesional de un proveedor de atención primaria, incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada servicio profesional de un especialista, incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio profesional de un proveedor de atención primaria, incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada servicio profesional de un especialista, incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión.</p> |
| <b>Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético</b>    | <p>Usted paga \$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.</p>   | <p>Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético <u>no</u> están cubiertas.</p>   |
| <b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b> | <p>Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>  | <p>Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>  |

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico</b>           | <p>Usted paga \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$200 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare ofrecidos en un entorno para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones.</p> |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de radiología para pacientes externos</b> | Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   | Usted paga \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  |
| <b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales</b>                                      | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>   | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio está cubierta.</p>   |
| <b>Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales</b>   | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>   | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio está cubierta.</p>   |
| <b>Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales</b>                                       | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>   | <p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Telesalud para este servicio está cubierta.</p>   |

| Costo  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos</b>                                       | <p>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$175 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para pacientes externos.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$225 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$200 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para pacientes externos.</p> |
| <b>Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos</b>                                      | <p>Usted paga \$135 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga \$175 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.</p> | <p>Usted paga \$140 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga \$225 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.</p> |
| <b>Servicios de hospitalización parcial</b>  | Usted paga \$100 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.   | Usted paga \$130 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.   |
| <b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista</b>                   | Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  | Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  |
| <b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud</b> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare con un proveedor de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare en todas las demás ubicaciones.</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare con un proveedor de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare en todas las demás ubicaciones.</p>   |

| Costo   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Servicios de podiatría - Cubiertos por Medicare</b>  | Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   | Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.   |
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> | <p>Para admisión cubierta por Medicare por período de beneficios:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día, por los días 1 al 20, a \$203 de copago por día, por los días 21 al 60, y a \$0 de copago por día, por los días 61 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.</p> | <p>Para admisión cubierta por Medicare por período de beneficios:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día, por los días 1 al 20, \$214 de copago por día, por los días 21 al 60, y \$0 de copago por día, por los días 61 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.</p> |
| <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 48 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> | <p>Usted paga \$0 de copago por 24 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 \$135 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 \$140 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>  |
| <b>Atención de la vista - Examen de la vista cubierto por Medicare</b>            | <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de la vista para pacientes diabéticos cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>  | <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de la vista para pacientes diabéticos cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>  |
| <b>Wellcare Spendables™</b>   | <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted recibe una asignación mensual de \$33 para utilizar para cualquiera de los beneficios descritos abajo. La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta</p>   | <p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted recibe una asignación trimestral de \$89 para utilizar en artículos de venta libre (OTC). La asignación se</p>  |

| Costo | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|-------|--|--|
|       | <p>Wellcare Spendables™ al comienzo de cada mes. Cualquier monto de asignación no utilizado se transferirá al mes siguiente y vencerá al final de cada año. El beneficio máximo es de \$396 cada año.</p>  | <p>cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al principio de cada trimestre. Cualquier monto de la asignación no utilizado caducará al final de cada trimestre.</p>   |
|       | <p>Puede utilizar el monto en esta tarjeta para cualquiera de los siguientes, según le parezca más apropiado para satisfacer sus necesidades, si no supera el saldo máximo en la tarjeta.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y auditivos</p> <p>Puede utilizar su crédito de su tarjeta Wellcare Spendables™ para reducir sus gastos de bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o auditivo cubierto por el plan.</p> | <p>Puede utilizar la tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan. Su tarjeta puede utilizarse en comercios minoristas participantes, en línea o a través de la aplicación móvil para entrega a domicilio.</p>                                     |
|       | <p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ para artículos de venta libre aprobados por el plan. Su tarjeta se puede utilizar en comercios minoristas participantes, por internet o a través de la aplicación móvil para entregas a domicilio.</p>   | <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición</p> <p>La asignación de la tarjeta Wellcare Spendables™ no se puede utilizar para reducir sus gastos que paga de su bolsillo para 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 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

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

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

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

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del medicamento del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y 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 moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

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

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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 a Etapa del deducible

| Etapa   | 2024 (este año)   | 2025 (año próximo)  |
|---|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b><br><br>Durante esta etapa, <b>usted paga los costos totales</b> de sus medicamentos Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | El deducible es de \$420. Durante esta etapa, usted paga ya sea \$5 o \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, ya sea \$10 o \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual. |

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

Para medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2024 a 2025.

| Etapa   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b><br><br>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la suya</b> . | El costo de un suministro para un mes es:   | El costo de un suministro para un mes es:   |
|   | <p><b>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> | <p><b>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> |

| Etapa   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año) |
|---|--|--------------------|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>En 2024, usted pagaba un copago de \$47 o de \$42 por medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida. En 2025, usted pagará un coseguro de 25% por medicamentos de este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$47.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 de copago por medicamento con receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$42.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 49% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 49%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 49% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 49%.</p> | <p><b>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:</b><br/> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 39% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 39%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 39% del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 39%.</p> |                    |

| Etapa  | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año) |
|--|---|--------------------|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga 33% del costo total.<br/><br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br/><br/>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.<br/><br/><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga 33% del costo total.<br/><br/>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br/><br/>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 33%.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.<br/><br/><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> | <p><b>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga 28% del costo total.<br/><br/>Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.<br/><br/>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 28%.<br/><br/><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga 28% del costo total.<br/><br/>Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.<br/><br/>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 28%.</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:</b><br/><i>Costo compartido estándar:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.<br/><br/><i>Costo compartido preferido:</i><br/>Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> |                    |

| Etapa   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsqüelos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> | <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>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la 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.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 3 Cambios administrativos

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

| Descripción   | 2024 (este año)     | 2025 (año próximo)   |
|---|---------------------|--|
| <p><b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b></p> | <u>No se aplica</u> | <p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos con receta y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al repartirlos en <b>pagos mensuales que varían a lo</b></p> |

| Descripción | 2024 (este año)                           | 2025 (año próximo)   |
|-------------|---|--|
|             | <b>largo del año</b> (enero - diciembre). | Para conocer más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-750-9969. (TTY solamente, llame al 1-800-716-3231). Estamos disponibles para llamadas telefónicas durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año o bien, visite <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> . |

## SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS)

**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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS).

### Sección 4.2 – 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](https://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 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

## 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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS) 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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS) 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* 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.

## SECCIÓN 5 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. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

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, 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 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 modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o 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 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama 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 ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con 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>).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 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.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA

tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del The Texas HIV Medication Program (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al The Texas HIV Medication Program (THMP), 1-800-255-1090 (TTY 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos y comenzará en 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura para medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos **en pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas: durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, o puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

## SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare TexanPlus Classic Simple (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-444-9088. (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 TexanPlus Classic Simple (HMO-POS). 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 envíemos 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 8.2 – 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.

**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 entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-877-374-4056 (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 fualaau. 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