Wellcare No Premium Focus (HMO) *ofrecido por* Health Net Of California, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare No Premium (HMO). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener 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, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

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

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.

☐ Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE**: conozca otras opciones del plan

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (*Medicare Y Usted 2024*).
- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan
   - Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá inscrito en Wellcare No Premium Focus (HMO).
   - Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024.** Esto finalizará su inscripción en Wellcare 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), actualmente vive allí o acaba de salir de 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.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles a lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare No Premium Focus (HMO)

- 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”, hace referencia a Health Net Of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare No Premium Focus (HMO).

H0562_125_2024_CA_ANOC_HMAPD_126446S_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024 5

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 10

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 10

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 11
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 22

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 27

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 28

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare No Premium Focus (HMO) 28
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 29

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 29

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 30

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 30

SECCIÓN 8 Preguntas 31

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare No Premium Focus (HMO) 31
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 32

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 de Wellcare No Premium Focus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos**.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	$0	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	$850	$1,000
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta
Hospitalizaciones	Para admisiones cubiertas, por admisión: $0 de copago por los días 1 al 90 por cada hospitalización cubierta. $0 de copago por día por los días 91 al 210 por los días adicionales cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: $75 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. Los días adicionales no están cubiertos.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: $0	Deducible: $150 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga $10 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga $47 de copago por un	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: Usted paga $10 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $5 de copago por un suministro para un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga $47 de copago por un

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga $37 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga $42 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga $100 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga $90 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de	• Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 39% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga 39% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	insulina cubierto en este nivel.	insulina cubierto en este nivel.
	• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada: Costo compartido estándar: Usted paga 33% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga 33% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	• Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada: Costo compartido estándar: Usted paga 30% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Usted paga 30% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	• Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: Costo compartido estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un	• Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: Costo compartido estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga $0 de copago por un

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	suministro para un mes (30 días).	suministro para un mes (30 días).
	Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada medicamento con receta, usted paga cualquiera de estas opciones, la que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (a esto se le llama **coseguro**), o un copago ($4.15 por un medicamento genérico o por un medicamento que se trate como medicamento genérico y, $10.35 por todos los demás medicamentos).	Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D **ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio ampliado**. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare No Premium (HMO) a Wellcare No Premium Focus (HMO).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo que mostrará el nombre del nuevo plan a más tardar el 31 de diciembre de 2023. En el futuro, todas las demás comunicaciones relacionadas con su plan y beneficios del 2024 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	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Prima mensual (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 pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos (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.	$850	$1,000 Una vez que haya pagado $1,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2024 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 farmacias* de 2024 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	• Observación hospitalaria para pacientes externos podría(n) requerir autorización previa.	• Observación hospitalaria para pacientes externos no requiere(n) autorización previa.
Remisiones	Ha habido un cambio en los requisitos para las remisiones de los siguientes beneficios dentro de la red.	
	• Los servicios de acupuntura de rutina puede(n) requerir una remisión. • Servicios de rehabilitación cardiaca y pulmonar puede(n) requerir una remisión. • Servicios de quiropráctica puede(n) requerir una remisión. • Audífonos puede(n) requerir una remisión. • Exámenes auditivos puede(n) requerir una remisión. • Agencia de atención médica a domicilio puede(n) requerir una remisión. • Atención hospitalaria para pacientes internados puede(n) requerir una remisión. • Anteojos y lentes de contacto puede(n) requerir una remisión.	• Los servicios de acupuntura de rutina no requiere(n) una remisión. • Servicios de rehabilitación cardiaca y pulmonar no requiere(n) una remisión. • Servicios de quiropráctica no requiere(n) una remisión. • Audífonos no requiere(n) una remisión. • Exámenes auditivos no requiere(n) una remisión. • Agencia de atención médica a domicilio no requiere(n) una remisión. • Atención hospitalaria para pacientes internados no requiere(n) una remisión. • Anteojos y lentes de contacto no requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos no requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología de diagnóstico no requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología de diagnóstico puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología terapéutica puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud puede(n) requerir una remisión. • Enemas de bario cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes puede(n) requerir una remisión. • Exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • ECG cubierto por Medicare después de la consulta de bienvenida puede(n) requerir una remisión. • Prueba de detección de glaucoma puede(n) requerir una remisión.	• Servicios de radiología terapéutica no requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología no requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud no requiere(n) una remisión. • Enemas de bario cubiertos por Medicare no requiere(n) una remisión. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes no requiere(n) una remisión. • Exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare no requiere(n) una remisión. • ECG cubierto por Medicare después de la consulta de bienvenida no requiere(n) una remisión. • Prueba de detección de glaucoma no requiere(n) una remisión. • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare no requiere(n) una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos no requiere(n) una remisión. • Los servicios de fisioterapia y patología del habla no requiere(n) una remisión. • Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional no requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Los servicios de fisioterapia y patología del habla puede(n) requerir una remisión. • Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional puede(n) requerir una remisión. • Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Servicios adicionales de telesalud puede(n) requerir una remisión. • Servicios de podiatría puede(n) requerir una remisión.	• Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos no requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista no requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Servicios adicionales de telesalud no requiere(n) una remisión. • Servicios de podiatría no requiere(n) una remisión. • Exámenes de la vista no requiere(n) una remisión. • Servicios para tratar enfermedades renales, incluyendo diálisis no requiere(n) una remisión. • Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón no requiere(n) una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) no requiere(n) una remisión.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	• Exámenes de la vista puede(n) requerir una remisión. • Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de diálisis puede(n) requerir una remisión. • Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón puede(n) requerir una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) puede(n) requerir una remisión.	
Servicios de ambulancia - Transporte aéreo	Usted paga $195 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $150 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.
Servicios de ambulancia - Transporte terrestre	Usted paga $195 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $150 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.
Servicios de emergencia	Usted paga $125 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.	Usted paga $135 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga $125 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $135 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.
Servicios auditivos - Audífonos	Hasta $500 de crédito por oído cada año para audífonos.	Hasta $1,000 de crédito por oído cada año para audífonos.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $0 de copago por día por los días 1 al 90 por cada hospitalización cubierta. Usted paga $0 de copago por día por los días 91 al 210 por los días adicionales cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $75 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta. Los días adicionales no están cubiertos.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Usted paga $850 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Usted paga $75 de copago por día por los días 1 al 4 y $0 de copago por día por los días 5 al 90 por cada hospitalización cubierta por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia y radiación	Usted paga 20% del costo total por servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga 20% del costo total por servicios cubiertos por Medicare. Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B podrían estar sujetos a un coseguro más bajo que la cantidad que se muestra arriba. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo la publican los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y podría cambiar cada trimestre.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos de insulina	Usted paga 20% del costo total por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare.	Usted paga $35 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B	Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a los requerimientos del tratamiento escalonado.	Usted paga 0% del costo total por los antígenos de alergia de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted paga 20% del costo total por todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B podrían estar sujetos a un coseguro más bajo que la cantidad que se muestra arriba. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B que están sujetos a un coseguro más bajo la publican los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y podría cambiar cada trimestre. Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a los requerimientos del tratamiento escalonado.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de laboratorio	Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga $0 de copago por pruebas de COVID-19 y servicios específicos relacionados con las pruebas. Usted paga $50 de copago por pruebas genéticas cubiertas por Medicare. Usted paga $0 de copago por todos los demás servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga $25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales no están cubiertos.	Usted paga $25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones individuales	Usted paga $25 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales no están cubiertos.	Usted paga $25 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Los servicios de asesoramiento por duelo, matrimonio y relaciones, resolución de conflictos y superación de cambios vitales están cubiertos.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos	Usted paga $0 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos. Usted paga $125 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias.	Usted paga $0 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos. 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.
Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	Usted paga $0 de copago. Usted recibe un beneficio de $105 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) elegibles a través del pedido por correo o en tiendas minoristas participantes. Este beneficio no se transfiere al siguiente periodo.	Los artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) ahora tienen cobertura bajo Wellcare Spendables™. Para obtener más información, consulte la sección de Wellcare Spendables™ que figura en esta tabla.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de hospitalización parcial	Usted paga $55 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga $100 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)	Usted paga $0 de copago.	El Sistema de respuesta a emergencias personales no está cubierto.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Usted paga $0 de copago por día por los días 1 al 20, $75 de copago por día por los días 21 al 40, y $0 de copago por día por los días 41 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.	Para admisión cubierta por Medicare por admisión: Usted paga $0 de copago por día por los días 1 al 20, $203 de copago por día por los días 21 al 30, y $0 de copago por día por los días 31 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.
Transporte médico que no sea de emergencia	Usted paga $0 de copago por 24 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo. 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	Usted paga $0 de copago por 24 viajes de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Los traslados (también denominados “viajes”) están limitados a 75 millas por tramo y a 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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	compartido a un lugar de atención médica.	compartido a un lugar de atención médica.
Servicios de urgencia necesarios - Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	Usted paga $125 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $135 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina	Hasta $200 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.	Hasta $300 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.
Wellcare Spendables™	La tarjeta Wellcare Spendables™ no tiene cobertura.	**Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)** Usted paga $0 de copago. Usted recibe un crédito trimestral de $116 para utilizar en artículos de venta libre. El crédito se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al comienzo de cada trimestre. Cualquier monto no utilizado caducará al final de cada trimestre. Puede utilizar la tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan en tiendas minoristas participantes, en línea o a través de la app móvil para entrega a domicilio.

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 llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra "Lista de medicamentos" se encuentra en formato electrónico.

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

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidios por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

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

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada) 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 $150. 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 $5 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 para la atención especializada hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos del Nivel 4 - medicamentos no preferidos, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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 **usted paga la parte que le corresponde del costo**.	Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:	Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:
	Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $5 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $5 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.
	Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $10 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $5 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $10 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $5 de copago por medicamento con receta.

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga $37 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $47 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga $42 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
En 2023, usted pagó un copago de $100 o de $90 por los medicamentos de Nivel 4: medicamentos no preferidos. En 2024, usted pagará un coseguro de 39% por los medicamentos de este nivel.	**Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $100 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga $90 de copago por medicamento con receta. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 39% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga 39% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		
	Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada: *Costo compartido estándar:* Usted paga 33% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga 33% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada:** *Costo compartido estándar:* Usted paga 30% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. *Costo compartido preferido*: Usted paga 30% del costo total. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	**Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:** *Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago por medicamento con receta. *Costo compartido preferido*: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.
Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su receta en una farmacia de la red . Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas médicas de pedido por correo,	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura) .

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la "Lista de medicamentos". Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la "Lista de medicamentos". La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.		

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

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

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

Para conocer la información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambios al Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) Wellcare se ha asociado con un Administrador de beneficios de farmacia (PBM) para administrar nuestro beneficio de farmacia. A partir del año del plan 2024, nuestro socio PBM cambiará a Express Scripts®. Recibirá una nueva tarjeta de identificación actualizada de Wellcare. **Asegúrese de comenzar a usar su nueva tarjeta de identificación a partir del 1/1/24.** Para garantizar que su farmacia tenga la información más actualizada, **muestre su nueva tarjeta de identificación de Wellcare cuando surta una receta por primera vez a partir del 1/1/24.** Si no tiene su nueva tarjeta de identificación cuando vaya a surtir su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al momento de recogerla y luego solicitar el reembolso.	CVS Caremark	Express Scripts®

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare No Premium Focus (HMO)

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 No Premium Focus (HMO).

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo, pero si desea cambiar de plan en 2024, 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 potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted)* de *2024*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (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. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare No Premium Focus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare No Premium Focus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *O* comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 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 2024**.**

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 2024.

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

SECCIÓN 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 California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (https://www.aging.ca.gov/hicap/).

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, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un periodo sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
    - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;

- a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
- a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado California MediCal Rx Customer Service Center que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA**. El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-916-558-1784 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare No Premium Focus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (Solo los usuarios de TTY deben 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024,* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2024 para Wellcare No Premium Focus (HMO). 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/healthnetCA. 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/healthnetCA. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

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

Lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) de 2024*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at the plan numbers on the following pages. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打以下页面上的计划号码联系我们。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電下頁的計劃電話號碼。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 mga numero ng plano na nasa mga sumusunod na pahina. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros figurant sur les pages suivantes. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại chương trình ở các trang sau. 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 eine der Telefonnummern auf den folgenden Seiten an. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 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 номерам, представленным на следующих страницах. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة التي تظهر في الصفحات التالية. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें अगले पेज पर दिए गए प्लान नंबर पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare i numeri del piano riportati nelle pagine seguenti. 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 dos números do plano nas páginas seguintes. 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 tradiktè nan bouch, annik rele nimewo yo pou plan an ki make sou paj ki annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 podany na kolejnych stronach numer odnoszący się do planu. 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、次からのページに記載されている弊社の計画担当の電話番号にお問い合わせください。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。

ALABAMA

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ARIZONA

HMO, HMO C-SNP
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAZ

ARKANSAS

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellAR

CALIFORNIA

HMO, HMO C-SNP, PPO
1-800-275-4737 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
1-833-236-2366 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetCA

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
1-800-431-9007
wellcare.com/healthnetCA

DELAWARE

HMO-POS
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

HMO-POS D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/DE

FLORIDA

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

ILLINOIS

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

INDIANA

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Low Premium Open (PPO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellIN

Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

KANSAS

Wellcare Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare No Premium Open (PPO), Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MICHIGAN

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

MISSOURI

HMO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellMO

NEBRASKA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/NE

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
1-800-247-1447 (TTY: 711)
wellcare.com/fidelisNY

OHIO

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/OK

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/OK

OREGON

HMO
1-844-582-5177 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetOR

HMO D-SNP
1-844-867-1156 (TTY: 711)
wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

HMO, PPO
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellPA

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellPA

TEXAS

Wellcare Complement Assist (HMO), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare No Premium (HMO), Wellcare Patriot No Premium (HMO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP), Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Wellcare Complete - Giveback (HMO), Wellcare Complete No Premium (HMO), Wellcare Complete No Premium Open (PPO)
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcarecomplete.com

WASHINGTON

PPO
1-844-582-5177 (TTY: 711)
www.wellcare.com/healthnetOR

WISCONSIN

HMO D-SNP
1-844-796-6811 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellWI