Wellcare Simple Ruby (HMO) ofrecido por Health Net of California, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare No Premium Ruby (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/healthnetCA. 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, 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 Simple Ruby (HMO).
- 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 No Premium Ruby (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 1-800-275-4737. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Considere que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Esta llamada es gratuita.

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

Acerca de Wellcare Simple Ruby (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”, significa Health Net of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Wellcare Simple Ruby (HMO).

H0562_079_2025_CA_ANOC_HMAPD_154779S_M

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	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.....	12
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	22
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	29
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	30
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Simple Ruby (HMO).....	30
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	30
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	31
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	32
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	32
SECCIÓN 8 Preguntas.....	33
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Simple Ruby (HMO)	33
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	34

Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
Deducible	\$0	\$50 excepto por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$3,850	De proveedores de la red: \$4,150
Consultas en el consultorio de un médico	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta
Estancias hospitalarias de pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$300 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta Los días adicionales <u>no</u> están cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$425 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta \$0 de copago por día, por los días 91 al 100 por los días adicionales cubiertos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$300 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga \$10 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 \$20 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: Usted paga \$10 de copago por un 	<p>Deducible: \$420 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 \$0 de copago por un

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>suministro para un mes (30 días).</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga \$47 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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 50% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga \$35 por un suministro para un mes 	<p>suministro para un mes (30 días).</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: Costo compartido estándar: Usted paga 25% 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. <p>Costo compartido preferido: Usted paga 25% 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: Usted paga 44% 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga 50% 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"> Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: Costo compartido estándar: Usted paga 28% 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. <p>Costo compartido preferido: Usted paga 28% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de</p>	<p>insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga 44% 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"> Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: Costo compartido estándar: Usted paga 28% del costo total por un suministro para un mes (30 días). 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: Costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días). <p>Costo compartido preferido: 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"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada. 	<p>Costo compartido preferido: 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"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

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

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

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare).		

- 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)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) 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.</p>	<p>\$3,850</p>	<p style="text-align: center;">\$4,150</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,150 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.</p>

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. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

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

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

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

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

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)
Remisiones	<p>Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de acupuntura de rutina <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de quiropráctica <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Agencia de atención médica a domicilio <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios del programa de tratamiento para opioides <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología de diagnóstico <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología terapéutica <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología <u>no</u> requiere(n) una remisión. 	

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Enemas de bario cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Exámenes de tacto rectal cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Prueba de detección de glaucoma <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de tacto rectal cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida puede(n) requerir una remisión. • Prueba de detección de glaucoma puede(n) requerir una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio puede(n) requerir una remisión.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Los servicios de fisioterapia y patología del habla <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Cirugía para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de hospitalización parcial <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico: Servicios adicionales de telesalud <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de podiatría <u>no</u> requiere(n) una remisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos 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. • Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Cirugía 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.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para tratar enfermedades renales, incluida la diálisis, <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) <u>no</u> requiere(n) una remisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Servicios para tratar enfermedades renales, incluyendo diálisis puede(n) requerir una remisión. • Servicios para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón puede(n) requerir una remisión. • Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) puede(n) requerir una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) puede(n) requerir una remisión.
<p>Si su beneficio requiere o no una remisión, aún puede requerir una autorización previa del plan.</p>		

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de ambulancia - Transporte aéreo</p>	<p>Usted paga \$250 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$300 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>
<p>Servicios de ambulancia - Transporte terrestre</p>	<p>Usted paga \$250 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$300 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>
<p>Servicios de quiropráctica de rutina</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por consulta, hasta 12 consulta(s) cada año por servicios de quiropráctica de rutina.</p>	<p><u>Sin</u> cobertura para servicios de quiropráctica de rutina.</p>
<p>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos</p>	<p>Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales integrales.</p>	<p>Los servicios dentales de diagnóstico están cubiertos bajo los servicios dentales de diagnóstico y preventivos.</p>
<p>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios de diagnóstico</p>	<p>Usted paga \$0 - \$15 de copago según el servicio.</p>	<p>Usted paga \$15 de copago.</p>
<p>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral y maxilofacial</p>	<p>Usted paga \$15 - \$150 de copago según el servicio.</p>	<p>Usted paga \$0 - \$70 de copago según el servicio.</p>
<p>Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia</p>	<p>Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia cada 12 a 36 meses según el tipo de servicio.</p>	<p>Sin límite de servicios de periodoncia cada año.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - fija	Usted paga \$0 - \$2,250 de copago según el servicio.	Usted paga \$0 - \$225 de copago según el servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 - \$125 de copago según el servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia - removible	Usted paga \$0 - \$2,250 de copago según el servicio.	Usted paga \$70 - \$250 de copago según el servicio.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y prevención - Otros servicios dentales preventivos	Usted paga \$0 - \$2,250 de copago según el servicio.	Usted paga \$0 - \$55 de copago según el servicio.
Servicios de emergencia	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.	Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga \$135 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga \$300 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta Los días adicionales <u>no</u> están cubiertos.	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga \$425 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta Usted paga \$0 de copago por día, por los días 91 al 100 por los días adicionales cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	<p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>Usted paga \$300 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta por Medicare</p>	<p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>Usted paga \$425 de copago por día, por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta por Medicare</p>
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético	<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>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de radiología para pacientes externos	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.</p>
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.</p>
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cirugía para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos	Usted paga \$250 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$300 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Usted paga \$300 de copago por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Usted paga 15% del costo total por servicios quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga \$300 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para pacientes externos.
Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria 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. Usted paga \$300 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 \$140 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 15% del costo total por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.
Servicios de hospitalización parcial	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.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</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 40, y a \$0 de copago por día, por los días 41 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 admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</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 40, y \$0 de copago por día, por los días 41 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>Servicios adicionales para dejar de fumar</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto, hasta 5 consulta(s) cada año.</p>	<p>Servicios adicionales para dejar de fumar <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo</p>	<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>
<p>Wellcare Spendables™</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación trimestral de \$101 para utilizar en cualquiera de los beneficios descritos a continuación. La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables™ al comienzo de cada trimestre. Cualquier monto de la asignación no utilizado caducará al final de cada trimestre.</p> <p>Puede utilizar el monto de esta tarjeta para cualquiera de los siguientes fines, según mejor se adapte a sus necesidades,</p>	<p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación trimestral de \$30 para utilizar en artículos de venta libre (OTC). La asignación se 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 la tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>siempre que no supere el saldo máximo de la tarjeta. Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables™ en artículos de venta libre aprobados por el plan. Puede utilizar su tarjeta en los establecimientos minoristas participantes, en línea o a través de la aplicación móvil para entrega a domicilio.</p>	<p>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>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plataforma de apoyo social</p>	<p>La plataforma de apoyo social <u>no</u> es un beneficio cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto. Sin límite de servicios de la plataforma de apoyo social cada año.</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"> • Programas de bienestar hechos a la medida • Apoyo de pares y expertos • Herramientas de salud digitales personalizadas <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</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 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 subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto a más tardar el 30 de septiembre de 2024, 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)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga los costos totales 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.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ya sea \$10 o \$0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, ya sea \$20 o \$10 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.</p>	<p>El deducible es de \$420.</p> <p>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.</p>

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)
<p>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 suya.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes es:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$10.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes es:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$5.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$20.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$10.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 de copago por medicamento con receta.</p> <p>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.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$42.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$10.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p>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.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 50% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 50%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 50% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 50%.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 28% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 28% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 44% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 44%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 44% del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos con receta de pedido por correo es 44%.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 28% del costo total.</p> <p>Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 28% del costo total.</p> <p>Los productos de insulina <u>no</u> están cubiertos en este nivel.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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, búselos 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>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (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>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p><u>No</u> se aplica</p>	<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 pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero - diciembre).</p> <p>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 Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Simple Ruby (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 Simple Ruby (HMO).

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), 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**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Wellcare Simple Ruby (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Wellcare Simple Ruby (HMO) 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 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, 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.
- **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 California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). 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 California AIDS Drug Assistance Program (ADAP), 1-844-421-7050 (TTY 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes (excepto los feriados). 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 Simple Ruby (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (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 Simple Ruby (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 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

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

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

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224 (TTY: 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-844-428-2224 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY: 711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-844-428-2224 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224 (TTY : 711) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-844-428-2224 (TTY : 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jough mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavgv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.