Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) ofrecido por Superior HealthPlan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2027

Introducción

Usted está afiliado actualmente como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte el *Manual del miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web en go.wellcare.com/TX. Llame al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura al final de la página, para recibir una copia por correo postal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-445-3556 (TTY: 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. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder sus llamadas. Si deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.
- Podemos enviarle los materiales en otros idiomas que no sean inglés (además del idioma indicado anteriormente) o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

- Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única, llame al Departamento de Servicios al Miembro al número de teléfono que figura al final de esta página. 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.

Contenido

A. Descargo de responsabilidad 4

B. Revisión de su cobertura de Medicare y STAR+PLUS (Medicaid) para el próximo año 4

B1. Información acerca de Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) 5

B2. Acciones importantes 5

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red 6

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 6

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 6

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 12

E. Cambios administrativos 15

F. Elección de un plan 16

F1. Permanecer en nuestro plan 16

F2. Cambiar de plan 16

G. Obtener ayuda 22

G1. Nuestro plan 22

G2. Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP) 22

G3. Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos (HHS) 23

G4. Medicare 23

G5. STAR+PLUS 24

A. Descargo de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP con un contrato de Medicare; es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- En función de una revisión del modelo de cuidado, Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un plan para personas con necesidades especiales (SNP) hasta 2028.
- Como miembro de Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP), tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Recibirá sus beneficios de Medicare y sus beneficios de STAR+PLUS Medicaid a través de Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP). Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) para Medicare y Medicaid, visite https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html. Para solicitar copias escritas de nuestros Directorios de Proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al 1-855-445-3556 (TTY: 711).
- Wellcare (HMO y HMO SNP) incluye productos que están cubiertos por WellCare of Texas, Inc., Superior HealthPlan, Inc. y SelectCare of Texas, Inc.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y STAR+PLUS (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que el próximo año cubrirá sus necesidades. Si no cubre sus necesidades, es posible que pueda retirarse de nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía de Medicare se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Sus beneficios de STAR+PLUS pueden permanecer con nuestro Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) durante un mes adicional, hasta que su nuevo plan de salud STAR+PLUS esté activo. No habrá una interrupción en su cobertura STAR+PLUS. Permanecerá en los programas de Medicare y STAR+PLUS mientras sea elegible.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección F2.**
- Opciones y servicios de STAR+PLUS en la **Sección F2**.

B1. Información acerca de Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP)

- Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con STAR+PLUS para brindarles beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP).

B2. Acciones importantes

- **Verifique si hay algún cambio en los beneficios que pueda afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa?
  - Revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que le servirán el año próximo.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
  - ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcione para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted consulta?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Considere los costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos que utiliza regularmente?
  - ¿Cómo se comparan sus costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide permanecer en Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP):	**Si decide cambiar de plan:**
Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil, no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en Wellcare Superior HealthPlan Dual Align (HMO D-SNP) para su cobertura de Medicare y STAR+PLUS.	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si se cambia a otro plan Medicare que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un mismo plan, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente para que coincida con esa elección. Si elige cambiarse a Original Medicare, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, médicos especialistas, hospitales, etc.) o farmacia están en nuestra red. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories. También puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro, a los números que figuran en la parte inferior de la página, para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* o llame al Departamento de Servicios al Miembro al número que figura al final de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para determinados servicios médicos a partir del año próximo. En la tabla que aparece a continuación, se describen estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	No se requiere autorización previa para los servicios enumerados a continuación: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare	Podría requerirse autorización previa para los siguientes servicios: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare
Remisiones del médico	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión del médico.	
	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* no requieren remisión del médico. Atención de quiropráctico: los servicios de rutina no requieren remisión del médico. Podología: los servicios de rutina no requieren remisión del médico.	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* pueden requerir remisión del médico. Atención de quiropráctico: los servicios de rutina pueden requerir remisión del médico. Podología: los servicios de rutina pueden requerir remisión del médico.
Servicios dentales: atención dental de rutina **(Esta sección continúa en la página siguiente)**	Nuestro plan cubre la atención dental de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: **Servicios preventivos:** Examen bucal* Radiografías dentales* Otros servicios dentales de diagnóstico: 1 por fecha de servicio hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio Limpiezas* Tratamiento con fluoruro* Otros servicios dentales preventivos: 1 por fecha de servicio hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio	Nuestro plan cubre la atención dental de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: **Servicios preventivos:** Examen bucal* Radiografías dentales* Otros servicios dentales de diagnóstico: 1 por visita Limpiezas* Tratamiento con fluoruro* Otros servicios dentales preventivos: 1 por diente cada 6 meses

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales: atención dental de rutina (continuación)	**Servicios integrales (limitados a una cobertura asignada de $5,000 por año):** Servicios de restauración* Endodoncia* Periodoncia: 1 cada 6 meses hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio Prostodoncia, removible* Prostodoncia fija: 1 por fecha de servicio hasta 7 años del plan, por diente, según el tipo de servicio Cirugía bucal/maxilofacial* Servicios generales complementarios* * Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.	**Servicios integrales (limitados a una cobertura asignada de $5,000 por año):** Servicios de restauración* Endodoncia* Periodoncia: 1 cada 6 meses de por vida Prostodoncia, removible* Prostodoncia fija: 1 cada 2 a 7 años por diente, según el tipo de servicio Cirugía bucal/maxilofacial* Servicios generales complementarios* * Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Comidas para enfermedades postagudas (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga un copago de **$0** por comidas para el período de atención postaguda. Hay un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días para un total de 42 comidas. El servicio debe solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de su hospitalización.	Usted paga un copago de **$0** por comidas para el período de atención postaguda. Hay un máximo de 2 comidas por día en un período de 14 días para un total de 28 comidas. El servicio debe solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de su hospitalización.
Sistema personal de respuesta ante emergencias (alerta médica) **(Esta sección continúa en la página siguiente)**	Usted paga **$0** de copago. Se limita a un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y a la tarifa mensual.	Usted paga **$0** de copago. Se limita a un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencia y servicios de monitoreo. El beneficio del Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) incluye una aplicación que les brinda acceso a usted y a su familia,

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Sistema personal de respuesta ante emergencias (alerta médica) (continuación)		o a sus contactos de emergencia, a información sobre actividades y alertas en tiempo real.
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI): condiciones que califican	Las siguientes condiciones **no** califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Las siguientes condiciones califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) **(Esta sección continúa en la página siguiente)** Los beneficios mencionados son parte de los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, debe tener una o más de las siguientes condiciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras condiciones elegibles que no se enumeran. No se puede garantizar la elegibilidad para este beneficio solo en función de su condición.	Los beneficios que se muestran a continuación están disponibles como parte de los SSBCI, si se determina que es elegible. Usted paga **$0** de copago. Puede utilizar su cobertura asignada de Wellcare Spendables® para estos beneficios: • Pago en la gasolinera • Alimentos saludables • Artículos y servicios de seguridad y asistencia en el hogar • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia con los servicios públicos	Los beneficios que se muestran a continuación están disponibles como parte de los SSBCI, si se determina que es elegible. Usted paga **$0** de copago. Puede utilizar su cobertura asignada de Wellcare Spendables® para estos beneficios: • Pago en la gasolinera • Alimentos saludables • Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Mascotas robóticas de compañía • Asistencia con los servicios públicos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación) Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte el *Manual del miembro* del plan.	Los siguientes beneficios **no** están cubiertos: • Artículos de cuidado personal • Mascotas robóticas de compañía Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Los siguientes beneficios **no** están cubiertos: • Artículos y servicios de seguridad y asistencia en el hogar • Servicios de control de plagas Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.
Wellcare Spendables®	Usted paga **$0** de copago. Usted recibe una asignación mensual de $177. Puede usar la cobertura asignada para lo siguiente: • Cobertura dental, oftalmológica y de la audición • Artículos de venta libre (OTC) • Beneficios de SSBCI (para los miembros que califican) Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Usted paga **$0** de copago. Usted recibe una cobertura asignada mensual de $172. Puede usar la cobertura asignada para lo siguiente: • Artículos de venta libre (OTC) • Beneficios de SSBCI (para los miembros que califican) Los gastos dentales, de la visión y de la audición **no** están cubiertos bajo el beneficio de Wellcare Spendables®. Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.

* Estos servicios cubiertos por Medicare no necesitan una remisión en 2026, pero pueden necesitar una remisión en 2027: Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos; Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico; Centro de enfermería especializada (SNF); Servicios de rehabilitación cardíaca; Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva; Servicios de rehabilitación pulmonar; Servicios de SET para PAD; Hospitalización parcial; Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios; Servicios de salud en el hogar; Servicios quiroprácticos; Servicios de terapia ocupacional; Servicios de médicos especialistas; Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental; Servicios de podología; Otro profesional de atención de salud; Sesiones individuales para servicios psiquiátricos; Sesiones grupales para servicios

psiquiátricos; Servicios de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje; Servicios de telesalud adicionales; Servicios de tratamiento con opioides; Procedimientos/pruebas de diagnóstico; Servicios de laboratorio; Servicios radiológicos de diagnóstico; Servicios radiológicos terapéuticos; Servicios de radiografía para pacientes ambulatorios; Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; Servicios de observación hospitalaria; Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC); Sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; Sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; Servicios sanguíneos para pacientes ambulatorios; Servicios de diálisis; Servicios de educación sobre enfermedad renal; Examen de detección de glaucoma; Capacitación para el autocontrol de la diabetes; Exámenes rectales digitales; EKG después de la visita de bienvenida.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos también se denomina Formulario o *Lista de medicamentos*. Una copia de nuestra *Lista de medicamentos* está publicada en línea en go.wellcare.com/druglist-17.

Implementamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, lo que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos.

Consulte la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si se aplicará alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare y/o el HHS que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si le afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Ponerse de acuerdo con su médico (u otro profesional que expide recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
    - Puede llamar a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página o contactar a su coordinador de servicios para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que tratan la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Solicítenos la cobertura de un suministro temporal del medicamento.
    - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
    - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. (En el **Capítulo 5** del Manual del miembro se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
    - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué debe hacer cuando se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* de 2027 o llame a Servicios al Miembro.
    - Si ha permanecido en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos por única vez un suministro de 31 días, o menos si en su receta

médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.

- Si su nivel de atención cambia (por ejemplo, si entra a un centro de atención a largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.
- Algunas excepciones a la *Lista de medicamentos* seguirán cubiertas el próximo año. Consulte la carta de aprobación que recibió. La carta de aprobación incluye información sobre sus límites específicos de aprobación de medicamentos y la fecha en que terminará la cobertura de medicamentos. Si decidimos no renovar su aprobación, le enviaremos una nueva carta al menos 60 días antes de fin de año. Esta carta incluirá cuándo finalizará la aprobación específica de excepción de medicamentos y cómo solicitar una excepción. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* de 2026 o llame a Servicios al Miembro.

Si aprobamos su excepción al formulario en 2026, su autorización aún puede ser válida. Consulte su carta de aprobación que contiene la fecha final de su excepción al formulario. Si no puede encontrar su carta de aprobación o tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

Cambios en los costos de los medicamentos

Cambiamos algunos medicamentos de la *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en la *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de sus medicamentos en cada uno de nuestros seis niveles de medicamentos.

<table>
<tr><th></th><th>2026 (este año)</th><th>2027 (próximo año)</th></tr>
<tr><td>Medicamentos del Nivel 1

2026: (Medicamentos genéricos preferidos)

2027: (Medicamentos genéricos)

Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red</td><td rowspan="3">Su copago por un suministro de un mes (30 días) depende de su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help).

Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente:

○ $0 de copago o

○ $1.60 de copago o

○ $5.10 de copago por un suministro de un mes

<u>Para todos los demás medicamentos cubiertos, usted paga lo siguiente:</u>

○ $0 de copago o

○ $4.90 de copago o

○ $12.65 de copago por un suministro de un mes.

La Ayuda Adicional es un programa que ayuda a pagar sus medicamentos. Le hemos enviado un material adicional denominado Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar los</td><td>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de $0.</td></tr>
<tr><td>Medicamentos del Nivel 2

2026: (Medicamentos genéricos)

2027: (Medicamentos de marca preferida)

Costo para un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</td><td>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de $0.</td></tr>
<tr><td>Medicamentos del Nivel 3

2026: (Medicamentos de marca preferida)

2027: (Medicamentos no preferidos)

Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red</td><td>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de $0.</td></tr>
</table>

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 4 2026: (Medicamentos no preferidos) 2027: (Medicamentos inyectables) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	medicamentos recetados, en el que se le informa sobre los costos de medicamentos.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 5 2026: (Medicamentos de nivel de especialidad) 2027: (Medicamentos de nivel de especialidad) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red		Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 6 2026: (Medicamentos de atención seleccionados) 2027: (Medicamentos de atención seleccionados) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 6 que se obtiene en una farmacia de la red		Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

E. Cambios administrativos

La información en el siguiente cuadro de Cambios administrativos refleja los cambios respecto al año anterior de su plan que no afectan directamente a los beneficios o a la distribución de costos compartidos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambio en el período de consideración	Si ya no es elegible para STAR+PLUS, puede permanecer inscrito en el plan durante **6 meses** mientras intenta recuperar la elegibilidad para Medicaid.	Si ya no es elegible para STAR+PLUS, puede permanecer inscrito en el plan durante **3 meses** mientras intenta recuperar la elegibilidad para Medicaid.
Beneficios suplementarios cubiertos que recibe de nuestros proveedores de la red	Los servicios se proporcionan a través de nuestra red actual de proveedores.	Nuestra red de proveedores puede cambiar en 2027. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 para ver si sus proveedores están en nuestra red.
Wellcare Spendables®	Los artículos adquiridos en la tienda o en línea se pueden devolver siguiendo las políticas de devolución y cambio de los minoristas.	Los artículos adquiridos en línea no tienen devolución. Si el artículo está dañado o deteriorado, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

F. Elección de un plan

F1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que permanezca como miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan Medicare diferente o cambie a Original Medicare, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2027.

Si decide permanecer en nuestro plan, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo y no tiene que tomar ninguna medida.

F2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que tiene STAR+PLUS, tiene algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. Si decide cambiar su plan Medicare a otro plan Medicare que le proporcione Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un mismo plan, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente al mismo plan que también le proporcione sus beneficios de Medicare. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra. Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan en los siguientes períodos:

- El **período de inscripción abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de

diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.° de enero.

- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicios,
- sus requisitos de elegibilidad para STAR+PLUS o Ayuda Adicional cambian, **o**
- entró recientemente a una institución o actualmente recibe atención en una institución (por ejemplo, un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se fue de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

Para obtener más información sobre cómo cambiar de plan, consulte la tabla a continuación.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que aparecen a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados períodos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un mismo plan. Si elige otro plan Medicare que también proporciona sus beneficios de STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporciona sus beneficios de Medicare. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra. **O** **Puede inscribirse en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). PACE está disponible en los condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en PACE, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, incluidos los medicamentos recetados. Debe recibir todos los servicios de atención de salud necesarios, incluidos los servicios médicos de atención primaria y especialistas (que no sean servicios de emergencia), de la organización PACE o de una entidad autorizada por ella.** **Para obtener más información sobre PACE, llame al Programa PACE de Texas al 1-512-487-3450.**	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del Programa de Orientación, Defensa e Información de Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. **O** Inscríbase en un plan que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un mismo plan. Si se inscribe en un nuevo plan, su inscripción en nuestro plan será cancelada de forma automática en el momento en que entre en vigencia la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiar a:	**Debe hacer lo siguiente:**
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado. **Si elige cambiarse a Original Medicare, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra.**	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación, Defensa e Información de Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Original Medicare, pero seguirá estando inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra.

3. Puede cambiar a:	**Debe hacer lo siguiente:**
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción **Si elige cambiarse a Original Medicare, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra.** **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación, Defensa e Información de Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Original Medicare, pero seguirá estando inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra.

4. Puede cambiar a:	**Debe hacer lo siguiente:**
Cualquier plan de salud Medicare durante determinados períodos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Si elige otro plan Medicare que también proporciona sus beneficios de STAR+PLUS durante ciertas épocas del año, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporciona sus beneficios de Medicare. No es necesario que tome ninguna medida para que esto ocurra. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud Medicare, como un plan Medicare Advantage (MAP) u Original Medicare, durante determinados momentos del año, entonces su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. En esta situación, si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el corredor de inscripción de Texas al 800-964-2777 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., CST. Llame al 1-855-445-3556 (TTY: 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. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder sus llamadas. Si deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-512-487-3450. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación, Defensa e Información de Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare. **O** Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Si elige otro plan Medicare que también le proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, no necesita tomar ninguna medida para que su plan STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan Medicare. Si elige inscribirse en cualquier otro plan de salud Medicare, como un plan Medicare Advantage (MAP) u Original

	Medicare, entonces su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. Si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripción de Texas al 800-964-2777, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., CST.

Sus servicios de STAR+PLUS

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de STAR+PLUS después de abandonar nuestro plan, llame al corredor de inscripción de Texas al 800-964-2777 o TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., CST. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de STAR+PLUS.

G. Obtener ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios al Miembro a través de los números que figuran en la parte inferior de la página en los días y horarios de atención mencionados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual del miembro*

Su *Manual del miembro* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios para 2027. Explica sus derechos y las reglas a cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos.

El *Manual del miembro* de 2027 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada del *Manual del miembro* en nuestro sitio web, go.wellcare.com/TX. También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página, para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro* de 2027.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en go.wellcare.com/TX. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

G2. Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP)

También puede llamar al programa estatal de seguros de salud (SHIP). En Texas el SHIP se llama Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. El HICAP tiene asesores capacitados que pueden ayudarlo a comprender sus opciones de plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está relacionado con nosotros ni ninguna compañía de seguros o plan de salud, y los servicios que ofrece el programa son gratuitos.

Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, llame al 1-800-252-9240 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CST, o visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

G3. Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos (HHS)

La Oficina de la Defensoría de HHS ayuda a los miembros de STAR+PLUS a responder preguntas y presentar reclamos sobre los servicios de STAR+PLUS, por ejemplo, servicios de enfermería, modificaciones menores en el hogar y ayudas adaptativas.

- Los servicios de defensoría son gratuitos.
- Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo sobre sus servicios de STAR+PLUS y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer.
- La Oficina de la Defensoría de HHS puede ayudarlo a presentar un reclamo y comprender sus derechos de apelación ante nuestro plan relacionados con sus servicios de STAR+PLUS. Puede ayudarle si tiene un problema con STAR+PLUS.
- La Oficina de la Defensoría de HHS se asegura de que usted cuente con la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse sus inquietudes relacionadas con sus servicios de STAR+PLUS.
- La Oficina de la Defensoría de HHS no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de la Oficina de la Defensoría de HHS es 1-866-566-8989 o TTY 1-800-735-2989.

G4. Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan Medicare, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad (calificaciones de estrellas) para ayudarlo a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare disponibles en su área con el buscador de planes Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” (Buscar planes)).

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted* 2027. Este folleto se les envía por correo a las personas con Medicare anualmente, en el otoño. El manual incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o solicitarla al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G5. STAR+PLUS

Puede visitar el sitio web de STAR+PLUS para obtener información general sobre los beneficios y servicios ofrecidos a través del programa, www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus.

Si decide cancelar su inscripción en nuestro plan STAR+PLUS y necesita más información sobre cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe sus servicios de Medicaid, llame al corredor de inscripción de Texas al 800-964-2777, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro, de lunes a viernes.

Declaración de Divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*