Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) ofrecido por CELTIC INSURANCE COMPANY

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o repase la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en go.wellcare.com/DE o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es: 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. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otro idioma que no sea en español), (en braille, en audio, en tamaño de letra grande). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO y PDP con un contrato de 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. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Delaware para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a CELTIC INSURANCE COMPANY. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 6

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 6

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 6

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 7

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 15

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 15

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 17

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 17

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 18

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 18

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 19

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 20

Reciba ayuda de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) 20

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 21

Obtenga ayuda de Medicare **21**

Reciba ayuda de Delaware Medicaid 22

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información. Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.	$0	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	$9,250 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	**$9,850** **Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	Para admisiones cubiertas, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización cubierta	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **$0 de copago por cada hospitalización cubierta**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para más información, incluyendo las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: $0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago durante la Etapa de cobertura inicial:** **$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Delaware Medicaid por usted). Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.	$0	**$0**

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Monto máximo que paga de su bolsillo El costo compartido pagado por el beneficiario, Delaware Medicaid y otro seguro secundario contribuyen a este máximo que paga de su bolsillo. Puesto que Delaware Medicaid paga la mayoría de los costos compartidos de nuestros miembros, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos por medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para su monto máximo que paga de su bolsillo.	$9,250	**$9,850** **Una vez que haya pagado $9,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias* de 2027 en go.wellcare.com/2027providerdirectories para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores y de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y de farmacias.*

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si a la mitad del año un cambio en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la red de 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, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias y proveedores* de 2027 en go.wellcare.com/2027providerdirectories para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias y proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias y proveedores*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

Si un beneficio ya no está cubierto en 2027, es posible que se proporcione a través de la cobertura de Medicaid. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.	
	• Beneficios adicionales de telesalud no requiere autorización previa.	• **Beneficios adicionales de telesalud puede requerir autorización previa.**
Remisiones	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las remisiones.	
	• Ciertos servicios cubiertos por Medicare* no requieren una remisión. • Servicios de podiatría no requieren remisión.	• **Ciertos servicios cubiertos por Medicare* pueden requerir una remisión.** • **Servicios de podiatría puede requerir remisión.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales de diagnóstico	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico cada fecha de servicio hasta 3 años del plan según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico por consulta.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	1 raspado y alisado radicular por cuadrante cada 24 meses. 1 extracción de membrana no reabsorbible por cuadrante o local por 36 meses consecutivos. 8 aplicaciones locales de antimicrobianos cada 24 meses facturadas al menos 28 días después del raspado y alisado radicular. Otros servicios de periodoncia cada 6 a 36 meses.	**1 raspado y alisado radicular por cuadrante cada 2 años del plan. 2 consultas de mantenimiento periodontal al año.** **Otros servicios periodontales cada 2 años del plan hasta una vez en la vida.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija)	Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia (fija) cada fecha de servicio a 7 años del plan por diente según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia (fija) cada 2 a 7 años por diente según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (removible)	Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia removible cada fecha de servicio a 5 años según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia removible cada año hasta 5 años según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales preventivos	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) por diente por 6 meses.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios auditivos - Audífonos	Se limita a 2 audífono(s) cada año, incluyendo un suministro de baterías para 2 años.	**Se limita a 2 audífono(s) cada año, incluyendo un suministro de baterías.**
Comidas - Posteriores a cuidados agudos (aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga $0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos. Hay un máximo de 3 comidas por día durante 14 días, para un total de 42 comidas. El servicio debe solicitarse en un plazo de 45 días a partir de su fecha de alta hospitalaria.	**Usted paga $0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos.** **Hay un máximo de 2 comidas por día durante 14 días, para un total de 28 comidas. El servicio debe solicitarse en un plazo de 45 días a partir de su fecha de alta hospitalaria.**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) - Afecciones que reúnen los requisitos	Las siguientes afecciones no reúnen los requisitos: • Afecciones crónicas que comprometen la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Trastornos por inmunodeficiencia e inmunosupresión Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	**Las siguientes afecciones reúnen los requisitos:** • **Afecciones crónicas que comprometen la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato** • **Trastornos por inmunodeficiencia e inmunosupresión** **Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios complementarios para las personas que tienen una enfermedad crónica. No todos los miembros calificarán. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras afecciones elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar solamente con base en su afección. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de Cobertura del plan.	Los beneficios como se muestran a continuación están disponibles como parte de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), si se determina que usted es elegible. Usted paga $0 de copago. Podría utilizar su asignación de Wellcare Spendables® en estos beneficios: • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Asistencia en el hogar y artículos y servicios de seguridad • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos Los siguientes servicios no están cubiertos: • Artículos de cuidado personal • Mascotas robóticas de compañía	**Los beneficios como se muestran a continuación están disponibles como parte de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), si se determina que usted es elegible.** **Usted paga $0 de copago. Podría utilizar su asignación de Wellcare Spendables® en estos beneficios:** • **Pago de gasolina en la bomba de combustible** • **Alimentos saludables** • **Artículos de cuidado personal** • **Artículos para el control de plagas** • **Asistencia para el alquiler** • **Mascota robótica de compañía** • **Asistencia para los servicios públicos** **Los siguientes servicios no están cubiertos:**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
	Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	• **Asistencia y artículos de seguridad para el hogar y Servicios** • **Servicios para el control de plagas** **Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina	Hasta $500 de crédito combinado cada año por todos los anteojos o lentes de contacto de rutina.	**Hasta $300 de crédito combinado cada año por todos los anteojos o lentes de contacto de rutina.**
Wellcare Spendables®	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $233. Su asignación puede utilizarse para: • Servicios dentales, de la vista y auditivos • Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) • Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (para los miembros que reúnen los requisitos)	**Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $247.** **Su asignación puede utilizarse para:** • **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** • **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (para los miembros que reúnen los requisitos)**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	**Los gastos correspondientes a los servicios dentales, de la vista y auditivos no están cubiertos por el beneficio de Wellcare Spendables®.** **Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.**

***Estos servicios cubiertos por Medicare no necesitan una remisión en 2026, pero podrían necesitar una remisión en 2027:** Hospital para pacientes internados - Cuidados agudos; Psiquiatría hospitalaria para pacientes internados; Centro de atención de enfermería especializada; Servicios de rehabilitación cardíaca; Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva; Servicios de rehabilitación pulmonar; Servicios de SET para PAD; Hospitalización parcial; Servicios de programa intensivo para pacientes externos; Servicios de salud en el hogar; Servicios quiroprácticos; Servicios de terapia ocupacional; Servicios de médico especialista; Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental; Sesiones grupales de servicios especializados de salud mental; Servicios de podiatría; Otro profesional de la salud; Sesiones individuales de servicios psiquiátricos; Sesiones grupales de servicios psiquiátricos; Servicios de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje; Servicios de telesalud adicionales; Servicios de tratamiento de opioides; Procedimientos/pruebas de diagnóstico; Servicios de laboratorio; Servicios de radiología diagnóstica; Servicios de radiología terapéutica; Servicios de radiología para pacientes externos; Servicios hospitalarios ambulatorios; Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos; Servicios de centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC); Sesiones individuales para abuso de sustancias para pacientes externos; Sesiones grupales para abuso de sustancias para pacientes externos; Servicios de sangre para pacientes externos; Servicios de diálisis; Servicios de educación sobre enfermedades renales; Detección de glaucoma; Capacitación en automanejo de la diabetes; Exámenes de tacto rectal; Electrocardiograma (EKG) después de la Consulta de bienvenida.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos 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 eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará 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 de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a emitir sus recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  No tenemos deducible; por lo tanto, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo de todo el año hasta la fecha alcancen $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por los medicamentos con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	**Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento con receta por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Todos los medicamentos cubiertos:	Usted paga $0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.	**Usted paga $0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La información que figura en la tabla de Cambios administrativos que está a continuación, refleja los cambios hechos año con año a su plan que no afectan directamente los beneficios ni los costos compartidos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios complementarios cubiertos que usted recibe de proveedores de nuestra red.	Los servicios se proporcionan a través de nuestra red actual de proveedores.	**Nuestra red de proveedores podría cambiar en 2027. Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias de 2027* para ver si sus proveedores se encuentran en nuestra red.**
Cambio del período de presunción	Si usted ya no es elegible para Delaware Medicaid, usted puede permanecer inscrito en el plan por **6 meses** mientras intenta obtener de nuevo la elegibilidad para Medicaid.	**Si usted ya no es elegible para Delaware Medicaid, usted puede permanecer inscrito en el plan por 3 meses mientras intenta obtener de nuevo la elegibilidad para Medicaid.**
Wellcare Spendables®	Los artículos que se compren en la tienda o en internet podrían devolverse siguiendo las políticas de devolución e intercambio de productos del comercio minorista.	**Los artículos comprados en línea son ventas finales. Si el artículo está dañado o en mal estado comuníquese con nosotros.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que para muchos planes no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de cobertura para medicamentos de Medicare separado,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea en go.wellcare.com/DE. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, 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 2027.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Delaware Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos

- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Delaware Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Delaware Medicaid en un solo plan.

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 cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **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 del plan de medicamentos, 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:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - A la oficina de Delaware Medicaid de su estado.

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Delaware tiene un programa denominado Delaware Prescription Assistance Program (DPAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono que corresponde a su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos a su disposición para llamadas telefónicas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 para Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/DE o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite** go.wellcare.com/DE

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga 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 Delaware, el SHIP se denomina Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB).

Llame a Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y Delaware Medicaid además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) al 1-800-336-9500. Conozca más de Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) visitando (https://insurance.delaware.gov/).

Obtenga ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chat en vivo con Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño 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. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Reciba ayuda de Delaware Medicaid

Llame a Delaware Medicaid al 1-866-843-7212 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar a 711 para recibir ayuda con la inscripción a Delaware Medicaid o con preguntas acerca de los beneficios.

Miembros nuevos de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP): En la mayoría de los casos se le inscribirá en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) para obtener sus beneficios de Medicare el 1er. día del mes después de que solicite su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Podrá seguir recibiendo sus servicios de Delaware Medicaid de su plan de salud de Delaware Medicaid anterior durante un mes más. A partir de ese momento, recibirá sus servicios de Delaware Medicaid a través de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). No habrá período sin cobertura de Delaware Medicaid. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.