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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Select (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 Select (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 Select (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 Select (HMO-POS D-SNP).

- El 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) a Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nuevo nombre. De ahora en adelante, nuestro nuevo nombre, Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP), estará en todos los materiales.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Delaware First Health Dual Select (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 Select (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 11

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 11

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 11

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 12

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 13

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 13

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 26

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 26

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 34

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 35

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 36

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 36

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 37

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 39

Reciba ayuda de Wellcare Delaware First Health Dual Select (HMO-POS D-SNP) 39

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 39

Obtenga ayuda de Medicare **40**

Reciba ayuda de Delaware Medicaid 40

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.	$18.10	**$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).	$3,850 Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que usted no sea 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 de la Parte B.	**$3,850** **Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que usted no sea 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 de la Parte B.**
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Consultas en el consultorio de un especialista	$0 o $15 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que usted pague $0 por consulta.	**$0 o $15 de copago por consulta** **Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, lo más probable es que usted pague $0 por consulta.**
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 o $350 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 Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **$0 o $375 de copago por día, por los días 1 al 5 y a $0 de copago por día, por los días 6 al 90 por cada hospitalización cubierta** **Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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 $615 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Si recibe Ayuda adicional, paga el siguiente monto: Deducible: $0 Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta: Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): • $0 de copago o • $1.60 de copago o • $5.10 de copago o Por todos los demás medicamentos cubiertos: • $0 de copago o • $4.90 de copago o • $12.65 de copago	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$700 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos** **Si recibe Ayuda adicional, paga el siguiente monto:** **Deducible: $0** **Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta:** **Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):** • **$0 de copago o** • **$1.65 de copago o** • **$5.80 de copago o** **Por todos los demás medicamentos cubiertos:** • **$0 de copago o** • **$5.00 de copago o**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		• **$14.40 de copago**
	Si usted no recibe Ayuda adicional, usted paga los siguientes costos compartidos: Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	**Si usted no recibe Ayuda adicional, usted paga los siguientes costos compartidos:** **Copago/Coseguro** **durante la Etapa de cobertura inicial:**
	Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido estándar: $19 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $18 de copago por un suministro para un mes (30 días).	**Medicamentos de Nivel 1:** **Costo compartido estándar:** **$15 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).**
	Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido estándar: $20 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $19 de copago por un suministro para un mes (30 días).	**Medicamentos de Nivel 2:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**
	Medicamentos de Nivel 3: Costo compartido estándar:	**Costo compartido preferido:**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido estándar: $100 de copago por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: $100 de copago por un suministro para un mes (30 días).	**25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 3:** **Costo compartido estándar:** **30% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido:** **29% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 6: Costo compartido estándar: $4 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los	**Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 5:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 6:** **Costo compartido estándar:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	medicamentos de la Parte D cubiertos.	**medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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.	$18.10	**$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. Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos , de la Parte A y la Parte B, 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.	$3,850	**$3,850** **Una vez que haya pagado $3,850 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.

	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.	• **Ciertos servicios cubiertos por Medicare* pueden requerir una remisión.**
Servicios de rehabilitación cardíaca - Intensiva	Usted paga $0 o $65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.	**Usted paga $0 o $70 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.** **Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga $0 o $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.	**Usted paga $0 o $55 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.** **Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales	Hasta $2,000 de asignación por todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red y fuera de la red cada año.	**Hasta $1,500 de asignación para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red y fuera de la red cada año.**
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.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Endodoncia	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Endodoncia	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral/maxilofacial	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral/maxilofacial	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral/maxilofacial	Se limita a 1 cirugía(s) orales y maxilofaciales cada fecha de servicio - de por vida, según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 cirugías orales y maxilofaciales por diente o cuadrante de por vida según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 meses a 3 años del plan según el tipo de servicio	**Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 meses a 2 años del plan según el tipo de servicio**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija)	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (fija) no están cubiertos.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija)	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (fija) no están cubiertos.**
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.	**Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija) no están cubiertos.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	Se limita a 1 servicio(s) general(es) complementario(s) cada fecha de servicio hasta 2 años de planes según el tipo de servicio.	**Se limita a 1 servicio(s) general(es) complementario(s) cada fecha de servicio hasta cada 5 años según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (removible)	**Dentro de la red** Usted paga 20% del costo total.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (removible)	**Fuera de la red** Usted paga 30% del costo total.	**Fuera de la red** **Usted paga 25% del costo total.**
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)**
Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM)	Usted paga $0 o 20% del costo total por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.	**Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
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.**
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $0 o $350 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 Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **Usted paga $0 o $375 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** **Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
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.**
Procedimientos y pruebas de diagnósticos, Servicios de laboratorio - Servicios múltiples en el mismo día	Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el monto máximo de copago de esa categoría de servicio en ese establecimiento. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago y el beneficio de otro servicio es un coseguro, es posible que le pidan que pague tanto el copago como el coseguro. Si usted es elegible para la asistencia total con los costos compartidos de Medicare, paga un monto de $0 de copago.	**Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el costo compartido de cada servicio recibido.** **Si usted es elegible para recibir asistencia completa de Medicare para costos compartidos bajo Medicaid, usted paga un monto de $0 de copago.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Radiología de diagnóstico, Radiología terapéutica, Radiografías - Servicios múltiples en el mismo día	Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios en el mismo día en el mismo establecimiento, será responsable de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en esa ubicación. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago y el beneficio de otro servicio es un coseguro, es posible que se le pida a usted pagar tanto el copago como el coseguro. Si usted es elegible para la asistencia total con los costos compartidos de Medicare, paga un monto de $0 de copago.	**Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el costo compartido de cada servicio recibido.** **Si usted es elegible para recibir asistencia completa de Medicare para costos compartidos bajo Medicaid, usted paga un monto de $0 de copago.**
Servicios de hospitalización parcial	Usted paga $0 o $175 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.	**Usted paga $0 o $190 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.** **Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios del programa intensivo para pacientes externos (Intensive Outpatient Program, IOP)	Usted paga $0 o $175 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.	**Usted paga $0 o $200 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.** **Si es elegible para recibir asistencia completa de Medicare con los costos compartidos de Delaware Medicaid, usted paga un monto de copago de $0.**
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por admisión cubierta por Medicare, por admisión: Usted paga $0 de copago por día, por los días 1 al 20, $0 o $218 de copago, según su categoría de elegibilidad de Delaware Medicaid, 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 enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted será responsable de todos los costos. Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.	**Por admisión cubierta por Medicare, por admisión:** **Usted paga $0 de copago por día, por los días 1 al 20, $0 o $221 de copago, según su categoría de elegibilidad de Delaware Medicaid, 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 enfermería especializada cubierta por Medicare.** **Más allá del día 100: Usted será responsable de todos los costos.** **Si es elegible pare recibir asistencia completa con los costos compartidos de Medicare a través de Delaware Medicaid, usted paga $0 de copago.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
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.**
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	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	**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**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
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.	• 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 Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	• **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:** • **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.**
Wellcare Spendables®	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $75. Su asignación puede utilizarse para: • Servicios dentales, de la vista y auditivos	**Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $63.** **Su asignación puede utilizarse para:** • **Servicios dentales, de la vista y auditivos**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
	• 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) Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	• **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)** **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

¿Recibe usted Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibe este material antes del 30 de septiembrede 2026, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

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***

  Usted comienza en esta etapa de pagos cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos no preferidos), Nivel 4 (medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.

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

  Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de 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. Usted tampoco paga nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. 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	Si reúne los requisitos para Ayuda adicional de Medicare: $0 Si no reúne los requisitos para Ayuda adicional de Medicare: $615 Durante esta etapa, usted paga $4 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* de *costo compartido* para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**Si reúne los requisitos para Ayuda adicional de Medicare: $0** **Si no reúne los requisitos para Ayuda adicional de Medicare: $700** **Durante esta etapa, usted paga $15 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos y $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: medicamentos de marca preferida, Nivel 3: medicamentos no preferidos, Nivel 4: medicamentos inyectables, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferida) y Nivel 4 (medicamentos inyectables), su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2026 en relación con 2027.

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. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos, por un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido; o por medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

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)**
Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta		
Por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos)	Según sea su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: • $0 de copago o • $1.60 de copago o • $5.10 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	**Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta:** • **$0 de copago o** • **$1.65 de copago o** • **$5.80 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Por todos los demás medicamentos cubiertos:	Según sea su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta: • $0 de copago o • $4.90 de copago o • $12.65 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	**Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido por sus medicamentos con receta:** • **$0 de copago o** • **$5.00 de copago o** • **$14.40 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**
Si no reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta		
2026: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $19 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $18 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $15 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: **2027: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos de marca preferida:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $19 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: **2027: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos no preferidos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:* Usted paga 30% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:* Usted paga 29% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos inyectables:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $100 de copago. Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $100 de copago Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**
Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:	*Costo compartido estándar:* Usted paga $4 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

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 Select (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 Select (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 Select (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 Select (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.

- **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 elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de The AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-302-744-1050 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pago de receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visitar Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Delaware First Health Dual Select (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 Select (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.