Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) es ofrecido por Absolute Total Care, Inc.

Aviso anual de cambios para 2027

Introducción

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

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder sus llamadas. Si deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite** go.wellcare.com/ATC.

7108036_SC7CNCANCSPA_M_A001

- Podemos enviarle los materiales en otros idiomas que no sean inglés (además del idioma indicado anteriormente) o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

  - Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura al final de esta página. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Contenido

A. Descargo de responsabilidad 4

B. Revisión de su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año 4

B1. Información acerca de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)....5

B2. Acciones importantes 5

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

D. Cambios en los beneficios para el próximo año 6

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 6

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos....12

E. Cambios administrativos 16

F. Elección de un plan....17

F1. Permanecer en nuestro plan....17

F2. Cambiar de plan 17

G. Obtener ayuda 23

G1. Nuestro plan....23

G2. El corredor de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices 23

G3. Obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) 24

G4. Medicare 24

G5. Healthy Connections Medicaid 25

G6. Obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 25

A. Descargo de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP con un contrato de Medicare; es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- En función de una revisión del modelo de cuidado, Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un plan para personas con necesidades especiales (SNP) hasta 2028.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Cliente o consulte el *Manual del miembro* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año

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

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Su plan Medicaid puede continuar durante uno o dos meses después de que finalice su membresía en el plan Medicare. Según su elección de plan Medicare, su plan Medicaid puede cambiar después de uno o dos meses. Si abandona nuestro plan para personas con doble elegibilidad de Medicare y se inscribe en otro tipo de plan Medicare, es posible que su cobertura de Medicaid con nosotros no finalice. Permanecerá en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid mientras sea elegible.

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

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección F2.**
- Opciones y servicios de Healthy Connections Medicaid en la **Sección F2**.

B1. Información acerca de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

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

B2. Acciones importantes

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

Si decide permanecer en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP):	Si decide cambiar de plan:
Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil, no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

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

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

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Autorización previa	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	No se requiere autorización previa para los servicios enumerados a continuación: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare	Podría requerirse autorización previa para los siguientes servicios: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare
Remisiones del médico	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión del médico.	
	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* no requieren remisión del médico.	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* pueden requerir remisión del médico.
Servicios dentales: atención dental de rutina (continúa en la siguiente página)	Usted paga **$0** de copago por atención dental de rutina bajo su cobertura de Medicaid. Nuestro plan también cubre la atención dental de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: **Servicios preventivos:** Examen bucal* Limpiezas* Radiografías dentales* Tratamiento con fluoruro* Otros servicios dentales de diagnóstico: 1 por fecha de servicio hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio. Otros servicios dentales preventivos: 1 por fecha de servicio hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio. **Servicios integrales (limitados a una cobertura asignada de $4,000 por año):** Servicios de restauración*	Usted paga **$0** de copago por atención dental de rutina bajo su cobertura de Medicaid. Nuestro plan también cubre la atención dental de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: **Servicios preventivos:** Examen bucal* Limpiezas* Radiografías dentales* Tratamiento con fluoruro* Otros servicios dentales de diagnóstico: 1 por visita Otros servicios dentales preventivos: 1 por diente cada 6 meses **Servicios integrales (limitados a una cobertura asignada de $3,000 por año):** Servicios de restauración*

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales: atención dental de rutina (continuación)	Endodoncia* Periodoncia: 1 cada 6 meses hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio Prostodoncia extraíble: 1 por fecha de servicio hasta 5 años, según el tipo de servicio Prostodoncia, fija* Cirugía oral/maxilofacial: 1 por fecha de servicio hasta de por vida, dependiendo del tipo de servicio. Servicios generales complementarios* * Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.	Endodoncia* Periodoncia: 1 cada 6 meses hasta 2 años, según el tipo de servicio Prostodoncia extraíble: 1 cada año hasta 5 años, según el tipo de servicio La prostodoncia fija **no está** cubierta. Cirugía oral/maxilofacial: 1 por diente o cuadrante dependiendo del tipo de servicio. Servicios generales complementarios* * Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga un copago de **$0** por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico participantes, proporciona recursos digitales a través de clases virtuales, videos a pedido y una aplicación móvil. Los miembros que no viven cerca de un centro de gimnasia participante o prefieren ejercitarse en casa, pueden elegir entre los kits para usar en casa disponibles que se les enviarán sin costo. Se incluye un rastreador de actividad física portátil como una de esas opciones.	Usted paga un copago de **$0** por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico participantes, proporciona recursos digitales a través de clases virtuales, videos a pedido y una aplicación móvil. Los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante o prefieren ejercitarse en casa pueden elegir un kit para usar en casa, que se les enviará sin costo.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de audición: examen de audición de rutina y audífono(s)	Nuestro plan cubre la atención auditiva de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: Examen de audición: 1 cada año Ajuste/evaluación: 1 cada año Audífonos: 2 (1 por oído) cada año con una cobertura asignada máxima de $1,500 por audífono.	Nuestro plan cubre la atención auditiva de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: Examen de audición: 1 cada año Ajuste/evaluación: 1 cada año Audífonos: 2 (1 por oído) cada año con una asignación máxima de $1,000 por audífono.
Comidas para enfermedades crónicas (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga **$0** de copago por comidas para enfermedades crónicas. Hay un máximo de 3 comidas por día durante 28 días para un total de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir durante hasta 3 meses.	Las comidas para enfermedades crónicas **no** están cubiertas bajo el beneficio de Medicare.
Comidas para enfermedades postagudas (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga un copago de **$0** por comidas para el período de atención postaguda. Hay un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días para un total de 42 comidas. El servicio debe solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de su hospitalización.	Usted paga un copago de **$0** por comidas para el período de atención postaguda. Hay un máximo de 2 comidas por día en un período de 14 días para un total de 28 comidas. El servicio debe solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de su hospitalización.
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI): condiciones que califican	Las siguientes condiciones **no** califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Las siguientes condiciones califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, debe tener una o más de las siguientes condiciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras condiciones elegibles que no se enumeran. No se puede garantizar la elegibilidad para este beneficio solo en función de su condición. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte el *Manual del miembro* del plan.	Los beneficios que se muestran a continuación están disponibles como parte de los SSBCI, si se determina que es elegible. Usted paga **$0** de copago. Puede utilizar su cobertura asignada de Wellcare Spendables® para estos beneficios: • Pago en la gasolinera • Alimentos saludables • Artículos y servicios de seguridad y asistencia en el hogar • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia con los servicios públicos Los siguientes beneficios **no** están cubiertos: • Artículos de cuidado personal • Mascotas robóticas de compañía Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Los beneficios que se muestran a continuación están disponibles como parte de los SSBCI, si se determina que es elegible. Usted paga **$0** de copago. Puede utilizar su cobertura asignada de Wellcare Spendables® para estos beneficios: • Pago en la gasolinera • Alimentos saludables • Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Mascotas robóticas de compañía • Asistencia con los servicios públicos Los siguientes beneficios **no** están cubiertos: • Artículos y servicios de seguridad y asistencia en el hogar • Servicios de control de plagas Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de transporte	Usted paga **$0** de copago por 24 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicios cada año. Los traslados (o "viajes") están limitados a 100 millas de ida. Para atención de rutina, llame con hasta 1 mes y, por lo menos, 3 días de anticipación. Los viajes en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Un viaje se considera transporte de ida por taxi, automóviles de pasajeros, furgonetas para sillas de ruedas o transporte compartido a un lugar de atención de salud.	Usted paga **$0** de copago por 12 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicios cada año. Los traslados (o "viajes") están limitados a 100 millas de ida. Para atención de rutina, llame con hasta 1 mes y, por lo menos, 3 días de anticipación. Los viajes en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Un viaje se considera transporte de ida por taxi, automóviles de pasajeros, furgonetas para sillas de ruedas o transporte compartido a un lugar de atención de salud.
Cuidado de la visión: examen ocular de rutina y artículos para la visión	Nuestro plan cubre servicios de la visión de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: Examen ocular: 1 por año Hasta $500 de crédito combinado cada año para todos los artículos para la visión.	Nuestro plan cubre servicios de la visión de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga **$0** de copago por lo siguiente: Examen ocular: 1 por año Hasta $300 de crédito combinado cada año para todos los artículos para la visión.
Wellcare Spendables®	Usted paga **$0 de copago**. Usted recibe una cobertura asignada mensual de $218. Puede usar la cobertura asignada para lo siguiente: • Cobertura dental, oftalmológica y de la audición • Artículos de venta libre (OTC) • Beneficios de SSBCI (para los miembros que califican) Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Usted paga **$0 de copago**. Usted recibe una cobertura asignada mensual de $218. Puede usar la cobertura asignada para lo siguiente: • Artículos de venta libre (OTC) • Beneficios de SSBCI (para los miembros que califican) Los gastos dentales, de la visión y de la audición no están cubiertos en virtud del beneficio de Wellcare Spendables®. Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.

* Estos servicios cubiertos por Medicare no necesitan una remisión en 2026, pero pueden necesitar una remisión en 2027: Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos; Servicios para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico; Centro de enfermería especializada (SNF); Servicios de rehabilitación cardíaca; Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva; Servicios de rehabilitación pulmonar; Servicios de SET para PAD; Hospitalización parcial; Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios; Servicios de salud en el hogar; Servicios quiroprácticos; Servicios de terapia ocupacional; Servicios de médicos especialistas; Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental; Servicios de podología; Otro profesional de atención de salud; Sesiones individuales para servicios psiquiátricos; Sesiones grupales para servicios psiquiátricos; Servicios de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje; Servicios de telesalud adicionales; Servicios de tratamiento con opioides; Procedimientos/pruebas de diagnóstico; Servicios de laboratorio; Servicios radiológicos de diagnóstico; Servicios radiológicos terapéuticos; Servicios de radiografía para pacientes ambulatorios; Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; Servicios de observación hospitalaria; Servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC); Sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; Sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios; Servicios sanguíneos para pacientes ambulatorios; Servicios de diálisis; Servicios de educación sobre enfermedad renal; Examen de detección de glaucoma; Capacitación para el autocontrol de la diabetes; Exámenes rectales digitales; EKG después de la visita de bienvenida.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina Formulario o *Lista de medicamentos*. Una copia de nuestra *Lista de medicamentos* está publicada en línea en go.wellcare.com/druglist-16.

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

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

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

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

- Ponerse de acuerdo con su médico (u otro profesional que expide recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
    - Puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro a los números que figuran al final de la página o contactar a su coordinador de la atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que tratan la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Solicítenos la cobertura de un suministro temporal del medicamento.
    - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
    - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. (En el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
    - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué debe hacer cuando se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* de 2027 o llame a Servicios al Miembro.
    - Si ha permanecido en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo, cubriremos por única vez un suministro de 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo.
    - Si su nivel de atención cambia (por ejemplo, si entra a un centro de atención a largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.
    - Algunas excepciones a la *Lista de medicamentos* seguirán cubiertas el próximo año. Consulte la carta de aprobación que recibió. La carta de aprobación incluye información sobre sus límites específicos de aprobación de medicamentos y la fecha en que terminará la cobertura de medicamentos. Si decidimos no renovar su aprobación, le enviaremos una nueva carta al menos 60 días antes de fin de año. Esta carta incluirá cuándo finalizará la aprobación específica de excepción de medicamentos y cómo solicitar una excepción. Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* de 2027 o llame a Servicios al Miembro.

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

Cambios en los costos de los medicamentos

No hay cambios en el monto que paga por los medicamentos en 2027. Lea debajo para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos.

Cambiamos algunos medicamentos de la *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos superior o inferior.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 2026: (Medicamentos genéricos preferidos) 2027: (Medicamentos genéricos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**
Medicamentos del Nivel 2 2026: (Medicamentos genéricos) 2027: (Medicamentos de marca preferida) Costo para un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 3 2026: (Medicamentos de marca preferida) 2027: (Medicamentos no preferidos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 4 2026: (Medicamentos no preferidos) 2027: (Medicamentos inyectables) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 5 2026: (Medicamentos de nivel de especialidad) 2027: (Medicamentos de nivel de especialidad) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 6 2026: (Medicamentos de atención seleccionados) 2027: (Medicamentos de atención seleccionados) Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 6 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

E. Cambios administrativos

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cambio en el período de consideración	Si ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid, puede conservar su inscripción en el plan durante **6 meses** mientras intenta recuperar la elegibilidad para Medicaid.	Si ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid, puede conservar su inscripción en el plan durante **3 meses** mientras intenta recuperar la elegibilidad para Medicaid.
Beneficios suplementarios cubiertos que recibe de nuestros proveedores de la red	Los servicios se proporcionan a través de nuestra red actual de proveedores.	Nuestra red de proveedores puede cambiar en 2027. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 para ver si sus

		proveedores están en nuestra red.
Wellcare Spendables®	Los artículos adquiridos en la tienda o en línea se pueden devolver siguiendo las políticas de devolución y cambio de los minoristas.	Los artículos adquiridos en línea no tienen devolución. Si el artículo está dañado o deteriorado, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

F. Elección de un plan

F1. Permanecer en nuestro plan

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

F2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Healthy Connections Medicaid, cuenta con algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan en los siguientes períodos:

- El **período de inscripción abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.° de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

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

- se muda fuera de nuestra área de servicios,
- Sus requisitos de elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o Ayuda Adicional (Extra Help) cambian, **o**
- entró recientemente a una institución o actualmente recibe atención en una institución (por ejemplo, un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se fue de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original

Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

Sus servicios de Medicare

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

1. Puede cambiar a: **Otro plan que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales integrado con doble elegibilidad (D-SNP) o un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica.**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888--549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Después de comunicarse con Medicare para cambiar de plan, Medicare trabajará con Healthy Connections Medicaid para hacer el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiar a: **Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción** **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I- CARE) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud Medicare** durante determinados períodos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888--549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. **O** Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. También puede visitar www.scchoices.com. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe cobertura de Healthy Connections Medicaid.

G. Obtener ayuda

G1. Nuestro plan

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

Lea su *Manual del miembro*

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

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

Nuestro sitio web

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

G2. El corredor de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices

El corredor de inscripción ayuda a las personas a elegir entre los diferentes planes de salud Healthy Connections Medicaid, afiliarse, cambiar de plan o cancelar la inscripción. El corredor de inscripción es South Carolina Healthy Connections Choices y no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Para obtener más información, visite www.scchoices.com.

G3. Obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP). En South Carolina, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Los asesores de I-CARE también pueden ayudarle a comprender sus opciones de plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. I-CARE no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

G4. Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Sitio web de Medicare

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

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

Medicare y Usted 2027

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

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

G5. Healthy Connections Medicaid

El número de teléfono de Healthy Connections Medicaid es 1-888-549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. Healthy Connections Medicaid puede ayudarle o dirigirle a alguien que pueda ayudarle.

G6. Obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

La QIO se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada Acentra Health. Acentra Health no está relacionada con nuestro plan. Puede llamar a Acentra Health al 1-888-317-0751 (TTY: 711). Para obtener más información, consulte el **Capítulo 2** del *Manual del miembro.*

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