Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP) ofrecido por Buckeye Community Health Plan, 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 los beneficios o normas, consulte el *Manual del miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web en go.wellcare.com/BuckeyeOH. Llame al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura al final de la página, para recibir una copia por correo postal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-445-3562 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder sus llamadas. Si deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.
- Podemos enviarle los materiales en otro idioma que no sea inglés (además de los idiomas indicados anteriormente) o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

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

Contenido

A. Descargo de responsabilidad 4

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid para el próximo año....4

B1. Información sobre Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP)....4

B2. Acciones importantes....4

C. Cambios en el nombre de nuestro plan 5

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

E. Cambios en los beneficios para el próximo año....6

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 6

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos 12

F. Cambios administrativos....16

G. Elección de un plan 16

G1. Permanecer en nuestro plan 16

G2. Cambiar de plan....17

H. Obtener ayuda....22

H1. Nuestro plan....22

H2. Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (OSHIIP) de Ohio 22

H3. Defensoría de MyCare Ohio....22

H4. Medicare 23

H5. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 24

H6. Medicaid....24

A. Descargo de responsabilidad

❖ Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP con un contrato de Medicare; es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y 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 E** 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. Permanecerá en los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible. Si decide abandonar nuestro plan para inscribirse en otro plan integrado MyCare, su membresía de Medicare y Medicaid se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Si decide abandonar nuestro plan Medicare para inscribirse en un plan Medicare diferente que no está integrado con Medicaid, continuará inscrito con nosotros como miembro solo de Medicaid, siempre y cuando sea elegible.

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

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección G2**.
- Opciones y servicios de Medicaid en la **Sección G2**.

B1. Información sobre Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP)

- Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medicaid para brindarles los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (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 E1** 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 E2** 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 D** 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 Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (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 Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP).	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** 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 el nombre de nuestro plan

El 1 de enero del 2027, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align (HMO D-SNP) a Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP).

Recibirá su tarjeta de ID del nuevo plan por correo. Puede usar esta nueva tarjeta para sus beneficios de Medicaid y Medicare. A partir de ahora, cualquier carta o mensaje que reciba de nosotros mostrará el nombre de este nuevo plan: Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP).

D. 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.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa	
	No se requiere autorización previa para los servicios enumerados a continuación: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare	Podría requerirse autorización previa para los siguientes servicios: Beneficios de telesalud cubiertos por Medicare
Remisiones del médico	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión del médico.	
	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* no requieren remisión del médico.	Ciertos servicios cubiertos por Medicare* pueden requerir remisión del médico.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales: atención dental de rutina	Usted paga un copago de **$0** por la siguiente atención dental de rutina: **Servicios preventivos:** Examen bucal: 2 por año Radiografías dentales* Otros servicios de diagnóstico* Otros servicios preventivos* **Servicios integrales (limitados a una cobertura asignada de $5,000 por año):** Servicios de restauración* Endodoncia* Periodoncia* Prostodoncia, extraíble y fija Cirugía bucal y maxilofacial* Servicios generales complementarios* * Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.	La atención dental de rutina **no está** cubierta en virtud de los beneficios de Medicare. Sin embargo, aún tiene beneficios dentales en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Acondicionamiento físico **Esta sección continúa en la página siguiente**	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	Usted paga un copago de **$0** por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico ofrece acceso a una amplia red de centros de gimnasia adheridos, incluidos gimnasios estándar y premium, así como estudios de acondicionamiento físico. La membresía en gimnasios estándar incluye servicios y

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Acondicionamiento físico	gimnasia participante o prefieren ejercitarse en casa, pueden elegir entre los kits para usar en casa disponibles que se les enviarán sin costo.	comodidades básicos. Los estudios de acondicionamiento físico ofrecen programas basados en clases como yoga, Pilates y entrenamiento de fuerza. Puede acceder a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. Los miembros también tienen acceso a recursos digitales a través de clases virtuales, videos bajo demanda y una aplicación móvil, un programa de entrenamiento cognitivo, actividades locales de salud y bienestar, y la opción de elegir un kit de acondicionamiento físico para el hogar.
Audición	Usted paga un copago de **$0** por los siguientes servicios de atención de audición de rutina: 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	Los servicios de audición (examen de audición de rutina y audífonos) **no están** cubiertos en virtud del beneficio de Medicare. Sin embargo, aún tiene beneficios de audición en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Servicios de apoyo en el hogar	Usted paga **$0** de copago por 12 consultas cada año. Los servicios incluyen limpieza, tareas en el hogar y preparación de comidas.	El servicio de apoyo en el hogar **no está** cubierto en virtud del beneficio de Medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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 en virtud de los beneficios de Medicare. Sin embargo, los miembros elegibles aún pueden recibir comidas entregadas a domicilio en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Comidas para enfermedades postagudas (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga **$0** de copago por comidas para enfermedades postagudas. 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.	Las comidas para el período de atención postaguda **no están** cubiertas en virtud del beneficio de Medicare. Sin embargo, los miembros elegibles aún pueden recibir comidas entregadas a domicilio en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Sistema personal de respuesta ante emergencias (alerta médica)	Usted paga **$0** de copago. Se limita a un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y a la tarifa mensual.	El sistema personal de respuesta ante emergencias **no está** cubierto en virtud del beneficio de Medicare. Sin embargo, los miembros elegibles aún pueden recibir servicios personales de respuesta ante emergencias en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI): condiciones que califican	Las siguientes condiciones no califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	Las siguientes condiciones califican: • Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) 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. **Esta sección continúa en la página siguiente**	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	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 • Servicios de aseo • Alimentos saludables • Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Mascotas robóticas de compañía

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) 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.	• Asistencia con los servicios públicos Los siguientes beneficios no están cubiertos: • Servicios de aseo • Artículos de cuidado personal • Mascotas robóticas de compañía Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	• 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*.
Atención de la visión: examen ocular de rutina y artículos para la visión	Usted paga un copago de **$0** por lo siguiente: Examen ocular de rutina: 1 cada año Hasta $600 de crédito combinado por año para lentes de contacto y anteojos (incluidos lentes y marcos).	La atención de la visión de rutina no está cubierta en virtud del beneficio de Medicare. Sin embargo, aún tiene beneficios de la visión en virtud de Medicaid. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más detalles.
Wellcare Spendables® **Esta sección continúa en la página siguiente**	Usted paga **$0** de copago. Usted recibe una cobertura asignada mensual de $215. 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)	Usted paga **$0** de copago. Usted recibe una cobertura asignada mensual de $240. Puede usar la cobertura asignada para lo siguiente: • Artículos de venta libre (OTC) • Beneficios de SSBCI (para los miembros que califican)

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Wellcare Spendables®	Para obtener más información, consulte el *Manual del miembro*.	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; Servicios en un 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 (solo los cubiertos por Medicare); Servicios de otros profesionales 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 cubiertos por Medicare; Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare; Servicios de un 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 enfermedades renales; Examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare; Capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare; Exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare; EKG posterior a la visita de bienvenida.

E2. 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-15.

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 a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten 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 del final del 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

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

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

	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**.

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

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

F. Cambios administrativos

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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.

G. Elección de un plan

G1. 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.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, tiene algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan, incluido cualquier mes del año. Dado que Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP) cubre los servicios de Medicare y Medicaid, su cobertura de Medicaid está alineada con el plan MyCare Medicare que seleccionó. Mientras esté inscrito en este plan MyCare para sus beneficios de Medicare, su inscripción en Medicaid también será en el plan Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP).

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 Medicaid o Ayuda Adicional (Extra Help) cambiaron, **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 periodos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan. También puede seleccionar un plan MyCare Ohio integrado diferente en cualquier mes del año. Como consecuencia, su membresía con nosotros finalizará y su inscripción se transferirá al plan MyCare que elija para sus beneficios de Medicare y Medicaid el primer día del mes siguiente a la selección.

1. Puede cambiar a: **Otro plan que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) integrado o un plan del 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 consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-800-266-4346. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Ohio Medicaid alineará automáticamente su inscripción en Medicaid para que coincida con su selección de 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 de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip. **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. Cambiarse a Original Medicare no afectará su inscripción en Ohio Medicaid. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Relay de Ohio al 7-1-1.

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 se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas respecto de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip.	**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 de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Cambiarse a Original Medicare no afectará su inscripción en Ohio Medicaid. Ohio Medicaid alineará automáticamente su inscripción en Medicaid para que coincida con su selección de plan.

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 G2**.	**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 consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-800-266-4346. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip. **O** Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su cobertura de Medicaid no se verá afectada por cambiar de plan Medicare, a menos que elija un programa PACE. Si elige la cobertura de PACE, su cobertura de Medicaid se brindará a través de PACE. • Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Relay de Ohio al 7-1-1.

Sus servicios de Medicaid

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con la Línea Directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Relay de Ohio al 7-1-1. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de Medicaid.

H. Obtener ayuda

H1. 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 en go.wellcare.com/BuckeyeOH. 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/BuckeyeOH. 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*).

H2. Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (OSHIIP) de Ohio

También puede llamar al programa estatal de seguros de salud (SHIP). En Ohio, el SHIP se llama Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP). El OSHIIP puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder a las preguntas que tenga sobre cambiarse de plan. El OSHIIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El OSHIIP cuenta con asesores capacitados en todas las ubicaciones y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del OSHIIP es (800) 686-1578. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/consumers/medicare/01-oshiip.

H3. Defensoría de MyCare Ohio

La Defensoría de MyCare Ohio es un programa de defensoría que puede ayudarle si tiene algún problema con el plan Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align Unity (HMO D-SNP). Los servicios

de defensoría son gratuitos.

- La Defensoría de MyCare Ohio es un programa que actúa como defensor en su representación. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer.
- La Defensoría de MyCare Ohio se asegura de que usted cuente con la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse sus inquietudes.
- La Defensoría de MyCare Ohio no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.
- La Defensoría de MyCare Ohio lo ayuda con las inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención. La ayuda está disponible para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar reclamos o apelaciones ante nuestro plan.
- La Defensoría de MyCare Ohio trabaja en conjunto con la oficina de la Defensoría de Atención a Largo Plazo del estado, que defiende a los consumidores que reciben servicios y apoyo a largo plazo.

El número de teléfono de la Defensoría de MyCare Ohio es 1-800-266-4346 (TTY: 711), de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Puede chatear 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.

H5. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada QIO. Esta organización está constituida por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-524-9900
CORREO	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
SITIO WEB	www.commencehealthqio.cms.gov/en

Comuníquese con la QIO para obtener ayuda con lo siguiente:

- Si tiene preguntas sobre sus derechos de atención de salud.
- Si desea hacer un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
    - si tiene un problema con la calidad de la atención (por ejemplo, si recibió el medicamento equivocado, si se le realizaron pruebas o procedimientos innecesarios o si se le dio un diagnóstico incorrecto),
    - si considera que su hospitalización finalizará demasiado pronto, **o**
    - si considera que su atención de salud en el hogar, su atención en centros de enfermería especializada o los servicios que recibe en centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizarán demasiado pronto.

H6. Medicaid

Medicaid ayuda con los costos de los servicios médicos y los servicios y apoyo a largo plazo para las personas con reducidos ingresos y recursos.

Usted se encuentra inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, llame a la Línea Directa de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 Servicios al Cliente: De lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

TELÉFONO	1-800-324-8680 De lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Relay de Ohio al 7-1-1.
CORREO	505 South High Street Columbus, Ohio 43215
SITIO WEB	www.ohiomh.com/

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.*