

WellSense Health Plan
Apéndice del
Manual del miembro vigente a partir de octubre de 2025

Esta es información importante acerca de las diferencias en la cobertura con respecto a lo que se describe en el Manual del miembro de WellSense Health Plan, que entró en vigor en octubre de 2025, como se indica a continuación. No debe realizar ninguna acción como respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para consultarla más adelante.

Anteriormente le enviamos un Manual del miembro de Medicaid de NH o le indicamos dónde puede encontrar una copia de nuestro Manual del miembro en línea. El Manual del miembro incluye información sobre su cobertura. Este aviso es para informarle que hay cambios en el Manual del miembro. A continuación, encontrará información que describe estos cambios. Le solicitamos que guarde esta información para su referencia.

Si tiene alguna pregunta o desea solicitar una copia impresa del Manual o del Apéndice sin costo alguno para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-957-1300**. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este; y de jueves a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Este.

Cambios en el Manual del miembro:

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>Sección 4.2 Cuadro de beneficios</p> <p>Página 77</p>	<p>Medicamentos recetados</p> <p>El plan cubre medicamentos con receta (y medicamentos de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan y aprobados por el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS. Es posible que se apliquen restricciones y reglas para la cobertura de medicamentos.</p> <p>Copago de farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1 de copago para suministro de hasta 30 días 	<p>Medicamentos recetados</p> <p>El plan cubre medicamentos con receta (y medicamentos de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan y aprobados por el Centro de Servicio al Cliente del NH DHHS. Es posible que se apliquen restricciones y reglas para la cobertura de medicamentos.</p> <p>Copago de farmacia minorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4 de copago para suministro de hasta 30 días 	<p>A partir del 20 de octubre de 2025, se le cobrará un copago de \$4 en la farmacia por sus medicamentos recetados cubiertos a menos que la categoría del medicamento esté exenta o que usted esté en una de las categorías exentas para miembros.</p> <p>Para obtener información sobre quién está exento de los copagos, consulte la sección 7.7 (<i>Copagos de medicamentos recetados</i>):</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<ul style="list-style-type: none"> • \$1 de copago para un medicamento con receta que no está identificado como medicamento preferido o no preferido. • \$2 de copago para cada medicamento con receta no preferido (si el médico que receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago del medicamento no preferido será de \$1.00) <p>Copago de pedidos por correo (solo ciertos medicamentos disponibles a través de pedidos por correo)</p>	<p>Copago de pedidos por correo (solo ciertos medicamentos disponibles a través de pedidos por correo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4 de copago para suministro de 90 días • \$0 de copago para productos de planificación familiar, recetas de Clozaril® (clozapina), medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) o productos para dejar de fumar <p>Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos con receta, consulte el capítulo 7 (<i>Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos</i>).</p>	<p><i>Miembros que están exentos de copagos) a continuación.</i></p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<ul style="list-style-type: none"> • \$1 de copago por cada medicamento recetado preferido hasta un suministro de 90 días • \$2 de copago para cada medicamento con receta no preferido (si el médico que receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago del medicamento no preferido será de \$1.00) • \$1 de copago para un medicamento con receta que no está identificado como medicamento preferido o no preferido. • \$0 de copago para productos de planificación familiar o para recetas de Clozaril® (clozapina) o 		

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<p>productos para dejar el tabaco o la nicotina</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos con receta, consulte el capítulo 7 (<i>Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos</i>).</p> <p>Express Scripts administra los servicios para medicamentos con receta y Cornerstone Health Solutions administra los servicios de pedidos por correo para el plan.</p>		
<p>Sección 7.1 Reglas y restricciones de la cobertura de medicamentos</p>	<p>Restricciones a la cobertura de medicamentos</p> <p>Las restricciones a las reglas de la Lista de medicamentos</p>	<p>Restricciones a la cobertura de medicamentos</p> <p>Las restricciones a las reglas de la Lista de medicamentos que se</p>	<p>A partir del 1 de octubre de 2025, para las recetas médicas nuevas y renovadas cubiertas, puede ser necesario suministrar un</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
Página 125	<p>que se describen en esta sección incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restringir el acceso a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica del fármaco disponible. • Solicitar autorización previa del plan. • Exigir que pruebe un medicamento diferente pero similar primero ("terapia escalonada"). • Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta. 	<p>describen en esta sección incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restringir el acceso a los medicamentos genéricos no preferidos cuando la versión de marca del medicamento es la preferida. • Solicitar autorización previa del plan. • Exigir que pruebe un medicamento diferente pero similar primero ("terapia escalonada"). • Imponer límites en la cantidad para medicamentos con receta. 	<p>medicamento de marca preferido en lugar de un medicamento genérico no preferido.</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>Sección 7.1 Reglas y restricciones de la cobertura de medicamentos</p> <p>Página 125</p>	<p>Restringir el acceso a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible</p> <p>Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor. En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible y se ha demostrado que es eficaz para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red proporcionarán la versión genérica. Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos</p>	<p>Restringir el acceso a medicamento de marca no preferidos cuando hay una versión genérica preferida disponible</p> <p>Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor.</p> <p>En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible y se ha demostrado que es eficaz para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red proporcionarán la versión genérica. En ocasiones, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Para obtener información de cobertura, consulte la Lista de medicamentos preferidos del plan. Sin embargo,</p>	<p>A partir del 1 de octubre de 2025, para las recetas médicas nuevas y renovadas cubiertas, puede ser necesario dispensar un medicamento de marca preferido en lugar de un medicamento genérico no preferido.</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta</p> <p>Página 133</p>	<p>ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted O ha escrito "medicamento de marca médicamente necesario" en su receta médica de un medicamento de marca O nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca.</p> <p>Es posible que se requiera un copago por cada receta médica</p> <p>Se le cobrará un copago en la farmacia por sus medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de medicamentos</p>	<p>si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted O ha escrito "medicamento de marca médicamente necesario" en su receta médica de un medicamento de marca O nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca.</p> <p>Es posible que se requiera un copago por cada receta médica</p> <p>Se le cobrará un copago en la farmacia por sus medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de medicamentos recetados esté exenta o que esté en una de las categorías exentas</p>	<p>A partir del 20 de octubre de 2025, se le cobrará un copago de \$4 en la farmacia por sus medicamentos recetados cubiertos a menos que la categoría del medicamento esté exenta o que usted esté en una de las</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<p>recetados esté exenta o que esté en una de las categorías exentas para miembros, como se describe a continuación (consulte Miembros que están exentos de copagos).</p> <p>Un "copago" es el monto fijo que debe pagar cada vez que surte o repone una receta. Los montos de copago para medicamentos con receta están sujetos a cambios.</p> <p>Para conocer los montos de los copagos para medicamentos con receta, consulte la sección 4.2 (Cuadro de beneficios, consulte Medicamentos con receta).</p>	<p>para miembros, como se describe a continuación (consulte Miembros que están exentos de copagos).</p> <p>Un "copago" es el monto fijo que debe pagar cada vez que surte o repone una receta. Los montos de copago para medicamentos con receta están sujetos a cambios.</p> <p>Para conocer los montos de los copagos para medicamentos con receta, consulte la sección 4.2 (Cuadro de beneficios, consulte Medicamentos con receta).</p> <p>Cuando esté sujeto a copagos de Medicaid y otros costos de desembolso directo por servicios cubiertos, incluidos los medicamentos recetados, no pagará más del cinco por ciento (5 %) de los ingresos de su</p>	<p>categorías exentas para miembros.</p> <p>Si debe pagar un copago de Medicaid u otros costos de desembolso directo por servicios cubiertos, lleve registro de sus recibos.</p> <p>Cuando haya alcanzado el límite de ingresos del hogar del 5 % para el trimestre, llame al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medicaid de New Hampshire al número gratuito 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.</p> <p>Para obtener información sobre quién está exento de</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
		<p>hogar cada trimestre (de enero a marzo, de abril a junio, etc.). Por ejemplo, si su hogar gana \$6,000 cada trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5 % de eso es \$300. • Una vez que haya pagado \$300 de gastos de desembolso directo en ese trimestre, no paga nada por recetas médicas hasta el siguiente trimestre. <p>Lleve registro de sus recibos. Si se da cuenta de que alcanzó el límite de ingresos del hogar para el trimestre, llame al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medicaid de New Hampshire al número gratuito 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso al servicio de mensajes TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. hora del Este.</p>	<p>los copagos, consulte la sección 7.7 (Copagos de medicamentos recetados: Miembros que están exentos de copagos) a continuación.</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>Sección 7.7 Copagos de medicamentos con receta</p> <p>Página 133</p>	<p>Miembros que están exentos de copagos</p> <p>El NH DHHS determina si usted no debe pagar copagos por medicamentos con receta médica.</p> <p>Usted no tendrá que pagar un copago si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está por debajo del límite de ingresos designado (el 100 % o por debajo del nivel de pobreza federal); • tiene menos de 18 años; • está en un centro de enfermería o centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales; • participa en uno de los programas de exención de 	<p>Miembros que están exentos de copagos</p> <p>El NH DHHS determina si usted no debe pagar copagos por medicamentos con receta médica.</p> <p>Usted no tendrá que pagar un copago si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está por debajo del límite de ingresos designado (el 100 % o por debajo del nivel de pobreza federal); • tiene menos de 18 años; • está en un centro de enfermería o centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales; • participa en uno de los programas de exención de la 	<p>Se aclara que, para las afecciones relacionadas con el embarazo, los miembros están exentos del copago de recetas médicas hasta 12 meses después del mes en que termina el embarazo.</p>

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<p>la atención basada en el hogar y la comunidad (HCBC);</p> <ul style="list-style-type: none"> • está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección médica que pueda complicar su embarazo; • recibe servicios para afecciones relacionadas con su embarazo y surte o repone su receta en un plazo de 60 días después del mes en que termina su embarazo; • está en un programa de cáncer de mama y cáncer cervical; • recibe atención en un centro de cuidados paliativos; o 	<p>atención basada en el hogar y la comunidad (HCBC);</p> <ul style="list-style-type: none"> • está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección médica que pueda complicar su embarazo; • recibe servicios para afecciones relacionadas con su embarazo y surte o repone su receta en un plazo de 12 meses después del mes en que termina su embarazo; • está en un programa de cáncer de mama y cáncer cervical; • recibe atención en un centro de cuidados paliativos; o • es un indígena estadounidense o nativo de Alaska. 	

Ubicación del cambio en su Manual del miembro	Información original	Información nueva o corregida	¿Qué significa esto para usted?
	<ul style="list-style-type: none">• es un indígena estadounidense o nativo de Alaska.		