



Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025

**Anexo de la Evidencia de cobertura
para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con
receta
(también conocida como Cláusula de subsidios por bajos recursos o Anexo LIS)**

Por favor, conserve este aviso ya que es parte de la Evidencia de cobertura de Opciones de atención para adultos mayores de WellSense (HMO D-SNP).

Según nuestros registros, usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que recibirá ayuda para pagar la prima mensual y los costos compartidos de los medicamentos con receta.

Como miembro de nuestro plan, usted obtendrá la misma cobertura que las personas que no reciben ayuda adicional. Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por dicha ayuda. Esto también significa que debe seguir todas las normas y los procedimientos establecidos en la Evidencia de cobertura.

Consulte el cuadro a continuación para ver una descripción de su cobertura de medicamentos con receta:

Su prima mensual del plan es	Su deducible anual es	Su costo compartido por medicamentos genéricos/de marca preferida no es superior a	Su costo compartido por todos los demás medicamentos no es superior a
\$0,00	\$0,00	\$0,00 (por receta médica)	\$0,00 (por receta médica)

* La prima mensual del plan no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que quizá todavía deba pagar. La prima del plan que usted paga se calculó en función de la prima del plan y del monto de ayuda adicional que recibe.

Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información respecto al pago de su prima del plan.

Una vez que el monto que usted **y** Medicare pagan (como ayuda adicional) alcanza \$2,000 en un año, sus montos de copago disminuirán a \$0 por receta médica.

Medicare o el Seguro Social revisarán periódicamente su elegibilidad para asegurarse de que siga reuniendo los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos del plan de medicamentos con receta de Medicare. Su elegibilidad para recibir ayuda adicional podría modificarse si hay un cambio en sus ingresos o recursos, si contrae matrimonio, si se separa o divorcia, o si pierde el beneficio de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Servicios para Miembros de Opciones de atención para personas mayores de WellSense (HMO SNP) al 855-833-8125, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al retransmisor 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 14 de febrero) o en wellsense.org.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos con receta.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debe continuar pagando nuestra prima de la Parte B de Medicare a menos que MassHealth la esté pagando por usted.

WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-833-8125 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 855-833-8125 (TTY: 711).

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al retransmisor 711). El

horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.)

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-855-833-8125 for additional information. (TTY/TDD users should call 711 Relay). Hours are Monday-Friday, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. (From Oct. 1-Feb. 14, representatives are available 7 days a week, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.)

WellSense Senior Care Options (HMO SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Massachusetts. La inscripción para las opciones de atención de personas mayores en WellSense (HMO SNP) depende de la renovación del contrato. Las opciones de atención para personas mayores de WellSense (HMO SNP) es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Esta información también está disponible en otros formatos, que incluyen letra grande. Comuníquese con Servicios para Miembros de Opciones de atención para personas mayores de WellSense (HMO SNP) al 855-833-8125. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (durante el período de inscripción abierta, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al retransmisor 711.