

Wellcare Classic (PDP) es ofrecido por WellCare Prescription Insurance, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Classic (PDP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Wellcare Classic (PDP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista al dorso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en go.wellcare.com/PDP o llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es el siguiente: entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Debemos brindar información de una manera que pueda comprender (en idiomas distintos del inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios al Miembro si necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Wellcare Classic (PDP)

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), de organización de proveedores preferidos (PPO), privado de pago por servicios (PFFS), de medicamentos recetados (PDP) que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) tienen contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a WellCare Prescription Insurance, Inc.; cuando indica “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Classic (PDP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Classic (PDP).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura de medicamentos a través de Wellcare Classic (PDP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar cambios.

S4802_077_2026_NA_ANOC_PDP_4603806SPA_M

Contenido

Resumen de los costos importantes para el 2026.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	8
Sección 1.2 Cambios a la red de farmacias	8
Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	9
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	15
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	17
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	18
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?	18
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	19
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	20
Obtenga ayuda de Wellcare Classic (PDP).....	20
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	21
Obtenga ayuda de Medicare	21

Resumen de los costos importantes para el 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$55.30	\$45.70
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.4 para obtener más información).</p>	\$590, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	\$615, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.4 para obtener más información, incluidas las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en caso de catástrofe).</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamentos 1: Costo compartido estándar: Copago de \$3 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 2: Costo compartido estándar: Copago de \$8 por un suministro de un mes (30 días).</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamentos 1: Costo compartido estándar: Copago de \$10 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 2: Costo compartido estándar: Copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Costo compartido preferido: Copago de \$5 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 3: Costo compartido estándar: 21% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 21% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 4: Costo compartido estándar: 36% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p>	<p>Costo compartido preferido: Copago de \$10 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 3: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 35% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 5: Costo compartido estándar: 25% del costo total de un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: 25% del costo total de un suministro de un mes (30 días).</p>	<p>Nivel de medicamentos 4:</p> <p>Costo compartido estándar: 29% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 28% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 5:</p> <p>Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Etapa de cobertura en caso de catástrofe:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>	<p>Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Etapa de cobertura en caso de catástrofe:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$55.30	\$45.70

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** la prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D vitalicia por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- **Recargo por ingresos más elevados:** si tiene ingresos más elevados, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos de Medicare.
- **Ayuda Adicional (Extra Help):** la prima mensual de su plan será menor si recibe Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos. Consulte la sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios a la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren *únicamente* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias que cuentan con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026, go.wellcare.com/2026providerdirectories, para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web: go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias a mitad de año le afecta, llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, modificaciones en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o el traspaso de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo compartido diferente.**

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

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principio de año o durante el año, revise el capítulo 7 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico prescriptor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Costos de medicamentos en la etapa 1: deducible anual

En la tabla se muestra el costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	\$590	\$615

Costos de medicamentos en la etapa 2: cobertura inicial

En la tabla se muestra el costo por medicamento recetado para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido; o para los medicamentos recetados de compra por correo, consulte el capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en caso de catástrofe).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del nivel 1, medicamentos genéricos preferidos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3. El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$3.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0. El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p>
Medicamentos del nivel 2, medicamentos genéricos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$8. El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$8.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$5. El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$5.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$20.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del nivel 3, medicamentos de marca preferidos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 21% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 21%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 21% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 21%.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del nivel 4, medicamentos no preferidos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 36% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 36%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 35% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 35%.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 29% del costo total.</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 28% del costo total.</p> <p>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><u>No</u> se cubre el suministro por un mes (30 días) de medicamentos recetados de compra por correo.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del nivel 5, medicamentos de especialidad:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 25%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es del 25%.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 25% del costo total.</p> <p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</p>

Cambios en la etapa de cobertura en caso de catástrofe

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, consulte el capítulo 4, sección 6, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La información del siguiente cuadro de cambios administrativos refleja los cambios con respecto al año anterior de su plan que no afectan directamente los beneficios ni los costos compartidos.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Solicitud de determinación de cobertura anticipada	Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura antes de la fecha de	Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura a partir del 1/1/2026. Las solicitudes presentadas antes de esta

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	entrada en vigor del próximo año de beneficios.	fecha solo se evaluarán para el año de beneficios en curso.
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan mediante su distribución a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026. Si desea obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-750-9969 (TTY únicamente, llame al 1-800-716-3231). Recibimos llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede visitar www.Medicare.gov.
Opciones de cancelación de la membresía	Si necesita cambiarse de nuestro plan a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage, debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información, consulte el capítulo 8 de su Evidencia de cobertura.	Si necesita cambiarse de nuestro plan a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelarla en línea. Para obtener más información, consulte el capítulo 8 de su Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 **Cómo cambiar de plan**

Para permanecer en Wellcare Classic (PDP), no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Classic (PDP).

Si quiere cambiar de plan para el 2026, siga estos pasos:

- **Si desea cambiarse a otro plan de salud Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, su inscripción en Wellcare Classic (PDP) podrá anularse automáticamente.
 - Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Classic (PDP) si se inscribe en un plan de salud Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare o una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare, aunque ese plan no incluya una cobertura de medicamentos recetados.
 - Si opta por un plan privado de pago por servicios sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y conservar Wellcare Classic (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. Su inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Classic (PDP). Si está inscribiéndose en este tipo de plan y quiere abandonar el nuestro, debe solicitar que se cancele su inscripción en Wellcare Classic (PDP). Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Classic (PDP).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea: go.wellcare.com/PDP. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la sección 1.1).

- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (vaya a la sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura **del 15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1.º de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Por ejemplo, las personas que cumplen con lo siguiente:

- tienen Medicaid;
- reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos;
- han perdido o están por perder la cobertura del empleador;
- se mudan fuera del área de servicios de nuestro plan.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o actualmente vive en una (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare independiente) en cualquier momento. Si hace poco tiempo se fue de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se fue.

SECCIÓN 4 **Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados**

Usted puede calificar para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con bajos ingresos pueden reunir los requisitos para obtener Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).** New York cuenta con un programa llamado Cobertura Farmacéutica para Personas Mayores en el Estado de New York (EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados conforme a sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono para su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados para personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o el sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para acceder al ADAP y que padecen HIV/sida tengan acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Con el fin de reunir los requisitos para acceder al ADAP que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, como una prueba de residencia en el Estado y la condición de paciente con HIV, bajos ingresos según lo definido por el estado, y la condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente. Los medicamentos de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP). Si desea obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, en caso de que ya esté inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda,

llame al Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP) al 1-800-542-2437 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o número de póliza de su plan Medicare Part D.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que se complementa con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan mediante su distribución a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son aptos para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Si desea obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231). Recibimos llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede visitar www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Wellcare Classic (PDP)

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Recibimos llamadas entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.

- **Lea la *Evidencia de cobertura de 2026*.**

En este *Aviso anual de cambios*, se le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2026* de Wellcare Classic (PDP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para recibir

medicamentos recetados y servicios cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/PDP o llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite** go.wellcare.com/PDP

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa independiente del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New York, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) de New York.

Llame al HIICAP de New York para obtener asesoramiento personalizado y gratuito sobre seguros de salud. Pueden brindarle información acerca de las opciones de su plan Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Llame al HIICAP de New York al 1-800-701-0501. Para obtener más información sobre el HIICAP de New York, visite <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones con estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles en su zona.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.