

## **Wellcare Value Script (PDP) es ofrecido por WellCare Prescription Insurance, Inc.**

### **Aviso anual de cambios para 2026**

Se inscribió como miembro de Wellcare Value Script (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 Value Script (PDP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://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](http://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 Value Script (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 en este material se hace mención a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a WellCare Prescription Insurance, Inc.; cuando indica “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Value Script (PDP).
- **Si no hace ningún cambio antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Value Script (PDP).** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura de medicamentos a través de Wellcare Value Script (PDP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar cambios.

S4802\_161\_2026\_NA\_ANOC\_PDP\_4603831SPA\_M

## Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de los costos importantes para 2026 .....</b>                          | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>     | <b>8</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan .....                            | 8         |
| Sección 1.2 Cambios en 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        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>                                     | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....</b>  | <b>17</b> |
| Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan .....                                     | 18        |
| Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer cambios? .....                   | 19        |
| <b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados.....</b>         | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....</b>   | <b>21</b> |
| Obtenga ayuda de Wellcare Value Script (PDP) .....                                | 21        |
| Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare .....                               | 21        |
| Obtenga ayuda de Medicare .....   | 22        |

## Resumen de los costos importantes para 2026

|   | 2025<br>(este año)   | 2026<br>(el próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.</p>   | \$0  | \$2.70  |
| <p><b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b></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.  | <b>\$615, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</b>  |
| <p><b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b></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:<br/>                     Costo compartido estándar:<br/>                     Copago de \$10 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido:<br/>                     Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 2:<br/>                     Costo compartido estándar:<br/>                     Copago de \$15 por un suministro de un mes (30 días).</p> | <p><b>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 1:</b><br/> <b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>Copago de \$15 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/> <b>Copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 2:</b><br/> <b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>Copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> |

|  | <b>2025<br/>(este año)</b>  | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>   |
|--|---|--|
|  | <p>Costo compartido preferido:<br/>Copago de \$5 por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 3:<br/>Costo compartido estándar:<br/>25% 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: 25% 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:<br/>Costo compartido estándar: 40% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> | <p><b>Costo compartido preferido:<br/>Copago de \$3 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 3:<br/>Costo compartido estándar:<br/>25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:<br/>25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> |

|  | <b>2025<br/>(este año)</b>   | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>   |
|--|--|--|
|  | <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 39% 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:<br/>                     Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <p>Nivel de medicamentos 6:<br/> <u>No</u> aplica en el 2025.</p> | <p><b>Nivel de medicamentos 4:</b></p> <p><b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>50% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/> <b>40% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 5:</b></p> <p><b>Costo compartido estándar:</b><br/> <b>25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> |

|  | <b>2025<br/>(este año)</b>   | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>  |
|--|--|---|
|  | <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><b>Costo compartido preferido:</b><br/><b>25% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Nivel de medicamentos 6:</b><br/><b>Costo compartido estándar:</b><br/><b>Copago de \$11 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Costo compartido preferido:</b><br/><b>Copago de \$11 por un suministro de un mes (30 días).</b></p> <p><b>Etapa de cobertura en caso de catástrofe:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</b></p> |

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

|  | 2025<br>(este año) | 2026<br>(el próximo año) |
|--|--------------------|--------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted). | \$0                | \$2.70                   |

### 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 en 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](https://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](https://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 el profesional que expide recetas 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).

## Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

### ¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos?

Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no sea aplicable en su caso.**

Le enviamos un material por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados*, donde se brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si obtiene Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios al Miembro al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula Adicional del LIS*.

### Etapas de pago de los medicamentos

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en caso de catástrofe. La etapa sin cobertura y el Programa de Descuento durante la Etapa sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: deducible anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 3: medicamentos de marca preferidos, de nivel 4: medicamentos no preferidos, de nivel 5: medicamentos de especialidad y de nivel 6: medicamentos de atención seleccionados, hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: cobertura inicial***

Una vez que haya pagado el deducible anual, entrará en la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- ***Etapa 3: cobertura en caso de catástrofe***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento durante la Etapa sin Cobertura se ha sustituido por el Programa de Descuentos de Fabricantes. En el marco del Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de

cobertura en caso de catástrofe. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

### Costos de medicamentos en la etapa 1: deducible anual

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

|                        | 2025<br>(este año)   | 2026<br>(el próximo año)   |
|------------------------|--|--|
| <b>Deducible anual</b> | <p>\$590</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$10 de <i>costo compartido estándar</i> o \$0 de <i>costo compartido preferido</i> por los medicamentos de nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; \$15 de <i>costo compartido estándar</i> o \$5 de <i>costo compartido preferido</i> por los medicamentos de nivel 2: medicamentos genéricos; y el costo total de los medicamentos de nivel 3: medicamentos de marca preferidos, de nivel 4: medicamentos no preferidos y de nivel 5: medicamentos de especialidad, hasta que haya alcanzado su deducible anual.</p> | <p><b>\$615</b></p> <p><b>Durante esta etapa, usted paga \$15 de <i>costo compartido estándar</i> o \$0 de <i>costo compartido preferido</i> por los medicamentos de nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; \$20 de <i>costo compartido estándar</i> o \$3 de <i>costo compartido preferido</i> por los medicamentos de nivel 2: medicamentos genéricos; y el costo total de los medicamentos de nivel 3: medicamentos de marca preferidos, de nivel 4: medicamentos no preferidos, de nivel 5: medicamentos de especialidad y de nivel 6: medicamentos de atención seleccionados, hasta que haya alcanzado su deducible anual.</b></p> |

### 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<br>(este año)   | 2026<br>(el próximo año)   |
|--|--|--|
| <b>Nivel de medicamentos 1, medicamentos genéricos preferidos:</b> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     Usted paga un copago de \$10.<br/>                     El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$10.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>                     Usted paga un copago de \$0.<br/>                     El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$0.</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/> <b>Usted paga un copago de \$15.</b></p> <p><b>Un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) <u>no</u> está cubierto.</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/> <b>Usted paga un copago de \$0.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> |

|   | <b>2025<br/>(este año)</b>  | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>   |
|---|---|--|
| <b>Nivel de medicamentos 2, medicamentos genéricos:</b>           | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     Usted paga un copago de \$15.<br/>                     El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$15.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>                     Usted paga un copago de \$5.<br/>                     El costo de un medicamento recetado de compra por correo para un mes (30 días) es de \$5.</p>  | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/> <b>Usted paga un copago de \$20.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/> <b>Usted paga un copago de \$3.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p>  |
| <b>Nivel de medicamentos 3, medicamentos de marca preferidos:</b> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br/>                     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><br/>                     Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br/>                     El costo de un medicamento recetado de compra por</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i></b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total.</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i></b><br/> <b>Usted paga el 25% del costo total.</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada</b></p> |

|   | <b>2025<br/>(este año)</b>   | <b>2026<br/>(el próximo año)</b>   |
|---|--|--|
|   | correo para un mes (30 días) es del 25%.   | <b>producto de insulina cubierto en este nivel.</b><br><br><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b>   |
| <b>Nivel de medicamentos 4, medicamentos no preferidos:</b> | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     Usted paga el 40% 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 40%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>                     Usted paga el 39% 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 39%.</p> | <p><b><i>Costo compartido estándar:</i><br/>                     Usted paga el 50% del costo total.</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> <p><b><i>Costo compartido preferido:</i><br/>                     Usted paga el 40% del costo total.</b></p> <p><b>Usted paga el monto que sea menor entre \$35 o el 25% por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</b></p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> |

|  | 2025<br>(este año)   | 2026<br>(el próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Nivel de medicamentos 5, medicamentos de especialidad:</b></p>           | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>           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><br/>           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><br/>           Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>           Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> |
| <p><b>Nivel de medicamentos 6, medicamentos de atención seleccionados:</b></p> | <p><u>No</u> aplica en el 2025.</p>  | <p><i>Costo compartido estándar:</i><br/>           Usted paga un copago de \$11.</p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></p> <p><i>Costo compartido preferido:</i><br/>           Usted paga un copago de \$11.</p> <p><b><u>No</u> están cubiertos los medicamentos recetados de compra por correo para un mes (30 días).</b></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<br>(este año)   | 2026<br>(el próximo año)  |
|---|--|---|
| <b>Solicitud de determinación de cobertura anticipada</b> | Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura antes de la fecha de entrada en vigor del próximo año de beneficios.  | <b>Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura a partir del 1/1/2026. Las solicitudes presentadas antes de esta fecha solo se evaluarán para el año de beneficios en curso.</b>  |
| <b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b> | 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. | <b>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.</b><br><b>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.</b> |

|  | 2025<br>(este año)  | 2026<br>(el próximo año)   |
|--|---|--|
|  |   | También puede visitar <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> .   |
| <b>Opciones de cancelación de la membresía</b> | 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. | <b>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.</b> |

### SECCIÓN 3      Cómo cambiar de plan

**Para permanecer en Wellcare Value Script (PDP), no necesita 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 Wellcare Value Script (PDP).

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

- **Si desea cambiarse a otro plan de salud Medicare,** inscribese en el nuevo plan. En función del tipo de plan que elija, es posible que su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) se cancele automáticamente.
  - Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (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 Value Script (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. Su inscripción en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Si se inscribirá en este tipo de plan y desea cancelar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de Wellcare Value Script (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 Value Script (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](https://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](https://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 de enfermería especializada 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 calificar 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 califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, 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.

- **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. Para ser elegible para el 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 de Medicamentos de Nevada (NMAP). Si desea obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, en caso de que ya se haya inscrito, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos de Nevada (NMAP) al 1-702-486-0768 (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 quienes califican, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles 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](http://www.Medicare.gov).

---

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

---

### Obtenga ayuda de Wellcare Value Script (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 de 2026 de Wellcare Value Script (PDP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su 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](https://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](https://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 sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa independiente del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Nevada, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) de Nevada.

Llame al SHIP de Nevada 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 SHIP de Nevada a al 1-800-307-4444. Para obtener más información sobre el SHIP de Nevada,

visite [https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare\\_Assistance\\_Program\\_\(MAP\)/MAP\\_Prog/](https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Prog/).

## 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](http://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.Medicare.gov](http://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](http://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.