Wellcare Value Script (PDP) *ofrecido por* WELLCARE PRESCRIPTION INSURANCE, INC.

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Value Script (PDP).

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

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 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 2026, permanecerá inscrito en Wellcare Value Script (PDP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o repase la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en go.wellcare.com/PDP o llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en audio, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Wellcare Value Script (PDP)

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

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a WELLCARE PRESCRIPTION INSURANCE, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Value Script (PDP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Value Script (PDP)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá 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 un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 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 en la red de farmacias 8

Sección 1.3 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 9

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 16

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 17

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 18

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 18

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 19

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 20

Reciba ayuda de Wellcare Value Script (PDP) 20

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 21

Obtenga ayuda de Medicare **21**

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$0	**$5.30**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Sección 1.4 para más información, entre estos, las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $615 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido estándar: $15 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido estándar:	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$700 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos** **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** **Costo compartido estándar:** **$20 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamento de Nivel 2:** **Costo compartido estándar:**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	$20 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $3 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamento de Nivel 3: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4:	**25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 3:** **Costo compartido estándar:** **45% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido:** **45% del costo total por un suministro para un mes (30 días).**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Costo compartido estándar: 50% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 40% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 6: Costo compartido estándar:	**Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4:** **Costo compartido estándar:** **15% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **15% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 5:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 6:** **Costo compartido estándar:** **$11 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	$11 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $11 de copago por un suministro para un mes (30 días).	**$11 de copago por un suministro para un mes (30 días).**
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid por usted).	$0	**$5.30**

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

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, podría tener que pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional - Su prima mensual del plan será menor si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los 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 con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Nuestra red de farmacias tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2027 en go.wellcare.com/2027providerdirectories para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo 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 tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 7 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe usted Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

Nosotros le enviamos un documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibe este material antes del 30 de septiembre 2026, llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pagos cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos Nivel 2 (Medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (Medicamentos no preferidos), Nivel 4 (Medicamentos inyectables), y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo de todo el año hasta la fecha alcancen $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

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

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por los medicamentos con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	$615 Durante esta etapa, usted paga $15 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y $20 *de costo compartido estándar* o $3 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, Nivel 5: medicamentos especializados, y Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**$700** **Durante esta etapa, usted paga $20 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos y $11 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: medicamentos de marca preferida, Nivel 3: medicamentos no preferidos, Nivel 4: Medicamentos Inyectables, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferida), su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2026 en relación con 2027.

La tabla muestra su costo por medicamento con receta por un suministro para un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar y preferido.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría

de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos por un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido; o por medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $15 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $20 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
2026: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: **2027: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos de marca preferida:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $3 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
2026: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: **2027: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos no preferidos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:* Usted paga 45% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:* Usted paga 45% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
2026: Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos Inyectables:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga 50% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 40% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 15% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 15% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**
Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:	*Costo compartido estándar:* Usted paga $11 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $11 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $11 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $11 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La información que figura en la tabla de Cambios administrativos que está a continuación, refleja los cambios hechos año con año a su plan que no impactan directamente a los beneficios o a los costos compartidos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Lista de medicamentos (formulario)	Los medicamentos cubiertos por su plan se pueden encontrar en la Lista de medicamentos (formulario).	**Su lista de medicamentos cubiertos puede cambiar cada año incluyendo la colocación del nivel. Consulte su Lista de medicamentos (formulario) para verificar la cobertura. Para obtener la Lista de medicamentos más actualizada, consulte su go.wellcare.com/druglist-2**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Wellcare Value Script (PDP), no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en tipos diferentes de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Wellcare Value Script (PDP).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que para muchos planes no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
    - Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP) si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o en una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
    - Si elige un plan privado diferente de pago por servicio sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan Medicare Cost, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Wellcare Value Script (PDP)

para su cobertura de medicamentos. El hecho de inscribirse en uno de estos tipos de planes no cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Si usted está inscrito en este tipo de plan y quiere dejar nuestro plan de la Parte D, puede cancelar su inscripción al inscribirse en un plan diferente de la Parte D o si no desea inscribirse en la cobertura de la Parte D, debe solicitar que se cancele su inscripción en Wellcare Value Script (PDP). Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o llamar Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare separada,** inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Value Script (PDP).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta,** usted debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea en go.wellcare.com/PDP. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría 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 de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de

Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de The AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-844-381-2327 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Value Script (PDP)

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

  Estamos a su disposición para llamadas telefónicas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027**
  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2027 para Wellcare Value Script (PDP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios medicamentos con receta cubiertos. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/PDP o llame a Servicios para los miembros 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, puede encontrar 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Pueden ayudarlo a comprender cuáles son sus opciones de Medicare además de que responden a las preguntas relacionadas con el cambio de plan. Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. Conozca más de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) visitando https://www.floridashine.org/.

Obtenga ayuda de Medicare

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

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Chat en vivo con Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.