

Wellcare Assist (HMO) ofrecido por Superior Healthplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Assist (HMO).

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 2025, permanecerá inscrito en Wellcare Assist (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*.
- 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/AllwellTX o llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en in español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (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 Assist (HMO)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS 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 nuestro plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Superior Healthplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Assist (HMO).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Assist (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Wellcare Assist (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H5294_013_2026_TX_ANOC_HMAPD_4608670SPA_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	9
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	9
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	10
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	10
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	20
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	27
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	28
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	29
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	29
SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	31
Reciba ayuda de Wellcare Assist (HMO)	31
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	32
Cómo recibir ayuda de Medicare	32

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$18.20	\$4.80
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	\$3,450	\$3,700
<p>Consultas de atención primaria en el consultorio</p>	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
<p>Consultas en el consultorio de un especialista</p>	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, servicios hospitalarios de rehabilitación, de atención a largo plazo, atención hospitalaria y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados.</p> <p>La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico.</p> <p>El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>\$275 de copago por día, por los días 1 al 6 y \$0 de copago por día, por los días 7 al 90 por cada hospitalización cubierta</p> <p>Días adicionales <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>\$275 de copago por día, por los días 1 al 6 y a \$0 de copago por día, por los días 7 al 90 por cada hospitalización cubierta</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 91 al 95 por los días adicionales cubiertos</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles).</p>	<p>\$580 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p>	<p>\$615 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p>
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, entre estos, el deducible de las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1:</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido estándar: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido preferido: \$18 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 2:</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido estándar: \$20 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido preferido: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 3:</p>	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1:</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido estándar: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido preferido: \$18 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 2:</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido estándar: \$20 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p style="padding-left: 20px;">Costo compartido preferido: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 3:</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 24% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido estándar: \$100 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Costo compartido estándar: 20% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 20% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 20% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 20% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido estándar: 37% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Costo compartido preferido: \$100 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5:</p> <p>Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 6:</p> <p>Costo compartido estándar: \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>	<p>Costo compartido preferido: 37% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5:</p> <p>Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 6:</p> <p>Costo compartido estándar: \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: \$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>	<p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los 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 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$18.20	\$4.80

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, es posible que deba 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 el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>La prima de nuestro plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,450	<p>\$3,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. *Revisa el Directorio de proveedores y de farmacias de 2026 en go.wellcare.com/2026providerdirectories para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un Directorio de proveedores y de farmacias actualizado:*

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y de farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si a la mitad del año un cambio en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 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 y proveedores* de go.wellcare.com/2026providerdirectories para 2026 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (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 y proveedores*.

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 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Autorizaciones previas	<p>Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.</p> <p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: Servicios adicionales de telesalud podría(n) requerir autorización previa.</p> <p>Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare podría(n) requerir autorización previa.</p>	<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: Servicios adicionales de telesalud <u>no</u> requiere(n) autorización previa.</p> <p>Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) autorización previa.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.	Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.
Servicios de rehabilitación cardíaca - Intensiva	Usted paga \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales	Hasta \$3,000 de asignación por servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.	Hasta \$2,000 de asignación para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	Se limita a 1 servicio(s) general(es) complementario(s) cada fecha de servicio hasta 60 meses, cada fecha de servicio hasta 60 meses, según el tipo de servicio.	Se limita a 1 servicio(s) general(es) complementario(s) cada fecha de servicio hasta 2 años de planes según el tipo de servicio.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Colonoscopia de diagnóstico	<p>Usted paga \$0 de copago por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare independientemente del lugar de servicio.</p>
Servicios de emergencia	<p>Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>El copago se anula si lo ingresan en un hospital antes de que pasen 24 horas.</p>
Servicios de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	<p>Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.</p>
Servicios de emergencia - Cobertura de urgencia en todo el mundo	<p>Usted paga \$140 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por cada servicio cubierto.</p> <p>El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico	<p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía en un</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>centro de acondicionamiento físico participante o bien, un kit de acondicionamiento físico para el hogar; se incluye un dispositivo portátil para dar seguimiento al acondicionamiento físico. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios. Los miembros también tienen acceso a programas digitales de acondicionamiento físico, al programa individualizado de Asesoramiento para el bienestar (Well-Being Coaching) y al Club de bienestar (Well-Being Club).</p>	<p>ofrece acceso a centros participantes de acondicionamiento físico, proporciona recursos digitales a través de lecciones virtuales y videos bajo pedido, así como una aplicación móvil. Para los miembros que no viven cerca de un centro participante de acondicionamiento físico o que prefieren ejercitarse en casa, pueden elegir de entre los kits para el hogar disponibles con el fin de que se les envíen sin costo alguno.</p>
Servicios auditivos - Audífonos	Hasta \$750 de asignación por oído cada año para audífonos.	Hasta \$500 de asignación por oído cada año para audífonos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga \$275 de copago por día, por los días 1 al 6 y \$0 de copago por día, por los días 7 al 90 por cada hospitalización cubierta. Días adicionales <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>Usted paga \$275 de copago por día, por los días 1 al 6 y \$0 de copago por día, por los días 7 al 90 por cada hospitalización cubierta. Usted paga \$0 de copago por día, por los días 91 al 95 por los días adicionales cubiertos.</p>
Comidas - Posteriores a cuidados agudos (aplican limitaciones y exclusiones)	<p>Usted paga \$0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos.</p> <p>Hay un máximo de 3 comidas al día por hasta 14 días, por un máximo de 42 comidas.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos.</p> <p>Hay un máximo de 3 comidas al día por 14 días, por un máximo de 42 comidas. El servicio debe solicitarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de alta hospitalaria.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico	<p>Usted paga \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$280 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que se reciben en un entorno para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que se reciben en todas las demás ubicaciones.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por una mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$280 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que se reciben en un entorno para pacientes externos.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que se reciben en todas las demás ubicaciones.</p>
Observación hospitalaria para pacientes externos	<p>Usted paga \$140 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga \$280 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de una sala de emergencias.</p> <p>Usted paga \$280 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.</p>
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos del programa para pacientes externos	<p>Usted paga \$130 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$175 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) (Alerta médica)	Usted paga \$0 de copago.	El Sistema de respuesta a emergencias personales <u>no</u> está cubierto.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Usted paga \$0 de copago por día, por los días 1 al 20, \$214 de copago por día, por los días 21 al 40, y \$0 de copago por día, por los días 41 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Usted paga \$0 de copago por día, por los días 1 al 20, \$218 de copago por día, por los días 21 al 40, y \$0 de copago por día, por los días 41 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de transporte	<p>Usted paga \$0 de copago por 24 viajes que no son de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año.</p> <p>Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a 75 millas en un solo tramo y hasta 4 traslados de un solo tramo al día. Para atención de rutina, llame hasta con 1 mes y con al menos 3 días de anticipación. En el mismo día, los traslados están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a una ubicación relacionada con la atención médica.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por viajes que no sean de emergencia 12 dentro de nuestra área de servicio cada año.</p> <p>Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a 100 millas de un tramo. Para atención de rutina, llame hasta con 1 mes y con al menos 3 días de anticipación. En el mismo día, los traslados están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje traslado de un solo tramo en taxi, automóvil para pasajeros, silla de ruedas camioneta o servicios de transporte compartido a una ubicación relacionada con la atención médica.</p>
Wellcare Spendables®	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación trimestral de \$120 para utilizar en artículos de venta libre (OTC). La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables® al principio de cada trimestre. Cualquier monto de la asignación no utilizado caducará al final de cada trimestre.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibirá una asignación mensual de \$15 precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC, servicios dentales, de la vista y de la audición. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>Artículos de venta libre (OTC) Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables® en artículos de venta libre aprobados por el plan. Puede utilizar su tarjeta en los establecimientos minoristas participantes, en línea o bien, a través de la aplicación móvil para entrega a domicilio.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición La asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® no se puede usar para ningún gasto por servicios dentales, de la vista o de la audición.</p>	<p>La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:</p> <p>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Su tarjeta se puede utilizar en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio.</p> <p>Servicios dentales, de la vista y de la audición Su tarjeta se puede utilizar para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o de la audición. Esta tarjeta se puede usar para pagar directamente al proveedor de servicios dentales, de la vista o de la audición. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

Sección 1.6 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 9 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 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 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 material separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (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 de 2025, llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago del medicamento

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. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***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 genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), 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 su parte 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 \$2,100.

- ***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. Generalmente, usted permanece en esta etapa por el resto del año calendario.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. Conforme al Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	\$580	\$615
	<p>Durante esta etapa, usted paga \$19 de costo compartido estándar o \$18 de costo compartido preferido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y \$0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga \$19 de costo compartido estándar o \$18 de costo compartido preferido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y \$0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos, 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 2025 en relación con 2026.

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.

Aviso anual de cambios para 2026

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, búselos 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 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$19.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$18 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$18.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$18 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>
Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$20.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$19 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$19.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$19 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 24% del costo total</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 24%.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 20% del costo total</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 20% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 20% del costo total</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 20% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 de copago.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$100.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 de copago</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$100.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 37% del costo total</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 37% del costo total</p> <p>Usted paga el menor de \$35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>
Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago</p> <p>Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo <u>no</u> está cubierto.</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Opciones de cancelación de membresía	Si necesita cambiar de nuestro plan a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage, usted necesita enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10 de su Evidencia de Cobertura.	Si necesita cambiar de nuestro plan a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10 de su Evidencia de Cobertura.
Solicitar una determinación de cobertura avanzada	Los miembros podrían solicitar una determinación de cobertura antes de la fecha de entrada en vigencia del siguiente año de beneficios.	Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura el 1/1/2026 o después de esa fecha. Cualquier solicitud presentada antes de esta fecha solamente será evaluada para el año actual de beneficios.
Productos preferidos de la Parte B para personas con diabetes	OneTouch™ es nuestra marca preferida de suministros preferidos de pruebas para diabetes (glucómetros y tiras	Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son nuestras marcas preferidas de suministros preferidos de pruebas para diabetes

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	reactivas). Otras marcas no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias y estén autorizadas.	(glucómetros y tiras reactivas). Otras marcas no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias y estén autorizadas.
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pagos de recetas de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y que 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). Usted podría estar participando en esta opción de pago.	Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, automáticamente su participación se renovará para 2026. 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 bien, visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Wellcare Assist (HMO), no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Wellcare Assist (HMO).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Assist (HMO).
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Assist (HMO).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, usted debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción del** o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea en go.wellcare.com/AllwellTX. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (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 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (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 2026 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- **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 de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. De igual manera, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 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.
 - A la oficina del 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.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Texas tiene un programa denominado Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Pharmaceutical Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono que corresponde a su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **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 Texas HIV Medication Program (THMP). 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 Texas HIV Medication Program (THMP) al 1-800-255-1090 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a.m. a 5 p.m. hora local, lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pagos 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 que cuente 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. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para saber más acerca de esta opción de pago, llámenos al 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-716-3231) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Assist (HMO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522. (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 para 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2026 para Wellcare Assist (HMO). 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 sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/AllwellTX o llame a Servicios para los miembros al 1-800-977-7522 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

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

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y 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 Texas, el SHIP se denomina Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

Llame a Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) 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 Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) al 1-800-252-9240. Conozca más de Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) visitando <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Cómo recibir 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.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.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 salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)* 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 www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.