

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

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 Dual Liberty (HMO D-SNP).
- 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/HealthNetCA o llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007 (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 español y chino.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007 (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 Dual Liberty (HMO D-SNP)

- 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. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de California para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H3561_009_2026_CA_ANOC_DSNP_4608622SPA_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	11
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	22
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	30
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	32
Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes	33
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	33
SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta	34
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	35
Reciba ayuda de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)	35
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	36
Cómo recibir ayuda de Medicare	36
Reciba ayuda del Programa California Medi-Cal (Medicaid)	37

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p> <p>Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.</p>	\$0	\$0
<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>	<p>\$9,350</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<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>	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<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>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta</p>	<p>Para admisiones cubiertas, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta</p>
<p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$425 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Si recibe Ayuda adicional, paga el siguiente monto:</p> <p>Deducible: \$0</p>
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(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 durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>\$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada</p>	<p>Si usted recibe Ayuda adicional de Medicare, usted paga la parte que le corresponde de la LIS como se muestra en su 2026 Cláusula adicional LIS.</p> <p>Si usted no recibe Ayuda adicional, usted paga los siguientes costos compartidos:</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1:</p> <p>Costo compartido estándar: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: \$18 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 2:</p> <p>Costo compartido estándar: \$20 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Costo compartido preferido: \$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).</p> <p>Medicamentos de Nivel 3:</p> <p>Costo compartido estándar: 25% 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</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido: 25% 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 4:</p> <p>Costo compartido estándar: \$100 de copago 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>Costo compartido preferido: \$100 de copago 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</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>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>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)
<p>Prima mensual del plan</p> <p>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague California Medi-Cal (Medicaid) por usted).</p> <p>Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.</p>	\$0	\$0

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>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de California Medi-Cal (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</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>Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 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 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle. 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 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

	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>Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.</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> <p>Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.</p>
Servicios de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	<p>Usted paga \$110 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 \$115 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 \$110 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 \$115 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 dentro de la red.</p> <p>Peerfit Move es un beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>Acondicionamiento físico <u>no</u> está cubierto</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>flexible con créditos mensuales para usar en una variedad de gimnasios grandes o estudios de acondicionamiento físico locales. Los miembros tendrán 32 créditos cada mes para utilizarlos en su opción preferida de experiencias de acondicionamiento físico. Los créditos se pueden utilizar para la membresía mensual en un gimnasio con visitas ilimitadas y acceso a todos los servicios y clases, y/o clases en un estudio de acondicionamiento físico, FitKits que incluyen cajas para acondicionamiento físico en el hogar. Los miembros también tienen acceso a videos de acondicionamiento físico con \$0 de copago que utiliza cero créditos.</p> <p>Cualquier crédito no utilizado de la asignación no se transfiere al siguiente mes, pero se renovarán el primer día de cada mes. Los miembros tendrán la opción</p>	

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	de adquirir créditos adicionales.	
Servicios de podiatría - Cuidado de rutina de los pies	Usted paga \$0 de copago por cada servicio de podiatría de rutina, hasta 12 consulta(s) cada año.	Servicios de podiatría - Cuidado de rutina de los pies <u>no</u> está cubierto.
<p>Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).</p> <p>Los beneficios mencionados son una parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reunirán los requisitos. Además de estar en alto riesgo, debe tener una de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas y discapacitantes, trastornos pulmonares, diabetes. Hay otras enfermedades elegibles no mencionadas aquí. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar sobre la base de su enfermedad solamente. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el</p>	<u>No</u> se ofrecen los beneficios de SSBCI.	<p>Si reúne los requisitos para los beneficios SSBCI, puede usar su asignación mensual de Wellcare Spendables® en los beneficios que se indican a continuación. Esta asignación se combina con su beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), servicios dentales, de la vista y de la audición. Una vez que se determine que cumple los requisitos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles.</p> <p>Usted paga \$0 de copago. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de cobertura del plan.</p>		<p>Pago de gasolina en la bomba de combustible Si usted reúne los requisitos, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables® para pagar el combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar gasolina hasta el monto de la asignación disponible.</p> <p>Alimentos saludables Si usted reúne los requisitos, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudar a pagar en tiendas minoristas, alimentos, frutas y verduras, nutritivos y aprobados. Se pueden hacer pedidos de comidas preparadas, y cajas de frutas y verduras a través del portal en línea. La asignación no se puede utilizar para comprar tabaco ni alcohol. Los artículos aprobados incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carne y aves • Frutas y verduras

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas nutricionales <p>Artículos de seguridad y mejora del hogar Si reúne los requisitos, puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de seguridad y mejoras del hogar, incluyendo los servicios de instalación de ciertos productos. Los artículos y servicios aprobados incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barras de agarre o manijas para puertas y revestimientos antideslizantes para el suelo. • Sillas de seguridad y ayudas para la adaptación del baño • Aire acondicionado portátil y productos para la calidad del aire • Suministros para el control de plagas e insectos y tratamientos en el hogar <p>Asistencia con los servicios públicos Si reúne los requisitos, usted puede usar su tarjeta</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>Wellcare Spendables® para ayudar a pagar los servicios públicos aprobados por el plan para su hogar, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios públicos de electricidad, gas, recolección de basura y agua • Servicios de telefonía fija y móvil • Servicio de internet • Servicio de televisión por cable (excluidos los servicios de streaming) • Determinados gastos en derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica <p>Asistencia para el alquiler Si reúne los requisitos, puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudar con el pago del costo del alquiler de su casa.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de transporte	<p>Usted paga \$0 de copago por 12 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>	Transporte médico que <u>no</u> es de emergencia no está cubierto.
Modelo de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)	<p>Usted paga \$0 de copago. Dado que su plan participa en el programa de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID), también puede utilizar su asignación de Wellcare Spendables® para cualquiera de los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en la bomba de combustible: Pago de la gasolina 	Los beneficios del Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) <u>no</u> están cubiertos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>directamente en la bomba de combustible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables: Alimentos y frutas y verduras saludables y nutritivos aprobados en los comercios minoristas participantes • Artículos para la mejoría del hogar: Costo de las mejoras del hogar y artículos de seguridad • Asistencia para el alquiler: Costo del alquiler de su vivienda • Asistencia para los servicios públicos: Servicios públicos para su hogar aprobados por el plan <p>Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®.</p> <p>Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione estos beneficios como parte del programa de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance</p>	

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Design, VBID). Este programa permite que Medicare pruebe nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.	
Wellcare Spendables®	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$62 para usarse en ciertos beneficios.</p> <p>Consulte la sección del beneficio de Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) de esta tabla para obtener información sobre los cambios a los beneficios del programa VBID.</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 La asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® no se puede usar para ningún gasto</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Usted recibirá una asignación mensual de \$71 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> <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</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	<p>por servicios dentales, de la vista o de la audición.</p>	<p>gastos que paga de su bolsillo por servicios dentales, de la vista y/o de la audición que reúnan los requisitos. 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> <p>Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan. Si usted reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Artículos de asistencia y seguridad en el hogar

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia con el alquiler • Asistencia para los servicios públicos • Artículos y servicios para el control de plagas <p>Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.</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 de 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 1-800-431-9007 (los usuarios de TTY llamen 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 1-800-431-9007 (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 alcance 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.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	<p>\$425</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

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

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>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: 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>Costo compartido preferido: 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>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:	<p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: 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>Costo compartido preferido: 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>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Usted paga \$0 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 \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga 25% 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>Costo compartido preferido: Usted paga 25% 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 4 - medicamentos no preferidos:	<p>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Usted paga \$0 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 \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: Usted paga \$100 de copago</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>Costo compartido preferido: Usted paga \$100 de copago</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>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: 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>Costo compartido preferido: 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>Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Costo compartido estándar: 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>Costo compartido preferido: 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>

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.

Cambios en su beneficio de la Parte D del Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Eliminación del costo compartido de la Parte D	Dado que usted reúne los requisitos para la eliminación del costo compartido de la Parte D, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	La eliminación de los costos compartidos de la Parte D no se ofrece, por lo que usted pagará la parte que le corresponde de la LIS. Consulte la Cláusula adicional LIS.

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)
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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Apelaciones de Nivel 1	Puede presentar una apelación estándar de Nivel 1 con nosotros a través de una solicitud por escrito. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura.	Puede presentar una apelación estándar de Nivel 1 con nosotros a través de una solicitud por escrito o llamando a Servicios para los miembros. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura.
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.
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 reactivas). Otras marcas no están cubiertas a menos que sean médicamente necesarias y estén autorizadas.	Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son nuestras marcas preferidas de suministros preferidos de pruebas para diabetes (glucómetros y tiras reactivas). Otras marcas no están cubiertas a menos que sean médicamente

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		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 Dual Liberty (HMO D-SNP), 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 Dual Liberty (HMO D-SNP).

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 Dual Liberty (HMO D-SNP).
- **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 Dual Liberty (HMO D-SNP).

- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción de o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea en go.wellcare.com/HealthNetCA. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007 (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 California Medi-Cal (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

Debido a que usted tiene California Medi-Cal (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de California Medi-Cal (Medicaid) en un solo 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 del plan de 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 California Medi-Cal (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 1-844-421-7050 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a.m. a 5 p.m. hora local, lunes a viernes (excepto días feriados). 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 ayudarlo 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 ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su 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 medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, sin importar el nivel de ingresos. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visitar www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (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 Dual Liberty (HMO D-SNP). 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/HealthNetCA o llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

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

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 California, el SHIP se denomina California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y California Medi-Cal (Medicaid) además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Conozca más de California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) visitando (www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

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.

Reciba ayuda del Programa California Medi-Cal (Medicaid)

Llame a California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555 de 8 a. m. a 5 p. m. (PT), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-800-430-7077 para recibir ayuda con la inscripción a California Medi-Cal (Medicaid) o con preguntas acerca de los beneficios.

Aviso de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare By Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare By Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare By Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos de manera oportuna para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare By Health Net llamando al **1-800-431-9007**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los días festivos federales se utiliza un sistema de mensajería. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

1-800-431-9007 (TTY: 711)

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare By Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Coordinador 1557. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador 1557 de Wellcare By Health Net llamando al **1-855-577-8234**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, o, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631

- **Por fax: 1-866-388-1769**
- **En persona:** Acuda al consultorio de su médico o a Wellcare By Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de Wellcare By Health Net en go.wellcare.com/HealthNetCA.
- **Por Correo Electrónico: SM_Section1557Coord@centene.com**

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de reclamo están disponibles en

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar un reclamo de derechos civiles en el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas de habla o audición, llame al número de **TTY/TDD, 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007 (TTY: 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY: 711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は1-800-431-9007（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.