Wellcare Low Premium Focus (HMO) ofrecido por HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC.

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Low Premium (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 2026, permanecerá inscrito en Wellcare Low Premium Focus (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en go.wellcare.com/HealthNetCA o llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (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 otro idioma que no sea en español), (en braille, en audio, en tamaño de letra grande). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Wellcare Low Premium Focus (HMO)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO y PDP con un contrato de Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” significa HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” significa Wellcare Low Premium Focus (HMO).

- El 1 de enero, 2027, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Low Premium (HMO) a Wellcare Low Premium Focus (HMO). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nuevo nombre. De aquí en adelante, nuestro nuevo nombre, Wellcare Low Premium Focus (HMO), estará en todos los materiales.
- **Si no hace nada para el 7 de diciembre, 2026, será inscrito automáticamente en** Wellcare Low Premium Focus (HMO). A partir del 1 de enero, 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Wellcare Low Premium Focus (HMO). Visite Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 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 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 31

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 32

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 32

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 32

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 34

Reciba ayuda de Wellcare Low Premium Focus (HMO) 34

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 34

Obtenga ayuda de Medicare **35**

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$30	**$27**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	$4,150	**$4,150**
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta	**$0 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	$5 de copago por consulta	**$5 de copago por consulta**
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye varios tipos de hospitalizaciones para pacientes internados, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	Para admisiones cubiertas, por admisión: $375 de copago por día, por los días 1 al 7 y $0 de copago por día, por los días 8 al 90 por cada hospitalización cubierta $0 de copago por día, por los días 91 al 100 por los días adicionales cubiertos	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **$375 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** **$0 de copago por día, por los días 91 al 120 por los días adicionales cubiertos**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para más información, incluyendo las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $615 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido estándar: $5 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido estándar: $10 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido:	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$700 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos** **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** **Costo compartido estándar:** **$10 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 2:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	$0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 3: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido estándar: 34% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada	**producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 3:** **Costo compartido estándar:** **42% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido:** **41% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4:**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 33% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: Costo compartido estándar: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: 25% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 6: Costo compartido estándar: $0 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido:	**Costo compartido estándar:** **1% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **1% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 5:** **Costo compartido estándar:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 6:** **Costo compartido estándar:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
	\$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).	
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$30	**$27**

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 cobertura de la Parte D u otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, podría tener que pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional - Su prima mensual del plan será menor si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en 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.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos por los medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$4,150	**$4,150** **Una vez que haya pagado $4,150 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.**

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias* de 2027 en go.wellcare.com/2027providerdirectories 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/2027providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (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, 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 1-800-275-4737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. 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 2027 en go.wellcare.com/2027providerdirectories para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de farmacias y proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (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 1-800-275-4737 (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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.	
	• Beneficios adicionales de telesalud no requiere autorización previa.	• **Beneficios adicionales de telesalud puede requerir autorización previa.**
Servicios de ambulancia - Transporte aéreo	Usted paga $270 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. El costo compartido no se aplica si usted ingresa en un hospital.	**Usted paga $250 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.** **El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios de ambulancia - Transporte terrestre	Usted paga $270 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. El costo compartido no se anula si lo ingresan en un hospital.	**Usted paga $250 de copago por cada viaje de un solo tramo, por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.** **El costo compartido no se aplica si usted ingresa en un hospital.**
Servicios de rehabilitación cardíaca - Intensiva	Usted paga $65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $70 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga $50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $55 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales de diagnóstico	Usted paga $15 de copago.	**Usted paga $0 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales de diagnóstico	Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico cada 2 años calendario.	**Se limita a 1 otro(s) servicio(s) de diagnóstico cada fecha de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Endodoncia	Usted paga $5 - $275 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $25 - $540 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Endodoncia	Sin límite de servicios de endodoncia cada año.	**Se limita a 1 servicio(s) de endodoncia por diente de por vida.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral/maxilofacial	Usted paga $0 - $70 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $35 - $250 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Cirugía oral/maxilofacial	Sin límite de cirugías orales y maxilofaciales cada año.	**Se limita a 1 cirugía oral y maxilofacial cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	Usted paga $0 - $375 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $35 - $550 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Periodoncia	Sin límite de servicios de periodoncia cada año.	**1 cada 1 a 3 años del plan según el tipo de servicio. 1 raspado y alisado radicular por cuadrante cada 2 años del plan. 2 mantenimientos periodontales cada año del plan, no dentro de 90 días a partir de una profilaxis.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija)	Usted paga $0 -$225 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $40 - $400 de copago según el tipo de servicio**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia, (fija)	Sin límite de servicio(s) prostodoncia (fija).	**Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia (fija) cada 2 a 7 años del plan según el tipo de servicio.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	Usted paga $0 - $300 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $20 - $400 de copago según el tipo de servicio**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios de restauración	Servicios de restauración sin límite cada año.	**Se limita a 1 servicio(s) de restauración por año del plan, se limita a una vez por el mismo diente cada 7 años del plan.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Radiografías dentales	Usted paga $0 de copago.	**Usted paga $0 - $20 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Radiografías dentales	Se limita a 1 juego(s) cada año.	**Se limita a 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Tratamientos con fluoruro	Usted paga $0 de copago.	**Usted paga $10 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Exámenes orales	Usted paga $0 de copago.	**Usted paga $10 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Exámenes orales	Se limita a 2 examen (exámenes) oral(es) cada año.	**Se limita a 2 examen (exámenes) oral(es) cada 1 año a 3 años del plan según el tipo de servicio.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Profilaxis (limpieza)	Usted paga $0 de copago.	**Usted paga $10 de copago.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	Usted paga $0 - $125 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $0 - $150 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Servicios generales complementarios	Sin límite de servicio(s) general(es) complementario(s) cada año.	**Se limita a 1 cada fecha de servicio a 5 años según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Ortodoncia	Usted paga $0 - $2,250 de copago según el tipo de servicio.	**Servicios dentales de rutina – Servicios dentales integrales - Ortodoncia no están cubiertos.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Ortodoncia	Sin límite de servicio(s) de ortodoncia cada año.	**Servicios dentales de rutina – Servicios dentales integrales - Ortodoncia no están cubiertos.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (removible)	Usted paga $70 - $250 de copago según el tipo de servicio.	**Usted paga $20 - $570 de copago según el tipo de servicio.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales integrales - Prostodoncia (removible)	Sin límite de servicio(s) prostodoncia removible cada año.	**Se limita a 1 servicio(s) de prostodoncia removible cada año del plan a cada 5 años calendario.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales preventivos	Usted paga $0 - $55 de copago según el tipo de servicio.	**Servicios dentales de rutina - Servicios dentales preventivos y de diagnóstico - Otros servicios dentales preventivos no están cubiertos.**
Servicios dentales de rutina - Servicios dentales de diagnóstico y preventivos - Otros servicios dentales preventivos	Sin límite de otros servicios dentales preventivos cada año.	**Servicios dentales de rutina - Servicios dentales preventivos y de diagnóstico - Otros servicios preventivos no están cubiertos.**
Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM)	Usted paga 20% del costo total por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga $0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio de acondicionamiento físico 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	**El beneficio de acondicionamiento físico no está cubierto.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
	casa, pueden elegir de entre los kits para el hogar disponibles con el fin de que se les envíen sin costo alguno.	
Atención hospitalaria para pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: Usted paga $375 de copago por día, por los días 1 al 7 y $0 de copago por día, por los días 8 al 90 por cada hospitalización cubierta Usted paga $0 de copago por día, por los días 91 al 100 por los días adicionales cubiertos.	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **Usted paga $375 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 120 por los días adicionales cubiertos.**
Procedimientos y pruebas de diagnósticos, Servicios de laboratorio - Servicios múltiples en el mismo día	Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el monto máximo de copago de esa categoría de servicio en ese establecimiento. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago y el beneficio de otro servicio es un coseguro, es posible que le pidan que pague tanto el copago como el coseguro.	**Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el costo compartido de cada servicio recibido.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico	Usted paga $0 de copago por una mamografía de diagnóstico. Usted paga $300 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes externos. Usted paga $250 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones.	**Usted paga $0 de copago por una mamografía de diagnóstico.** **Usted paga $250 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en un entorno para pacientes externos.** **Usted paga $200 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare recibidos en todas las demás ubicaciones.**
Radiología de diagnóstico, Radiología terapéutica, Radiografías - Servicios múltiples en el mismo día	Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios en el mismo día en el mismo establecimiento, será responsable de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en esa ubicación. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago y el beneficio de otro servicio es un coseguro, es posible que se le pida a usted pagar tanto el copago como el coseguro.	**Si usted recibe varios servicios de la misma categoría de servicios el mismo día en el mismo establecimiento, usted será responsable de pagar el costo compartido de cada servicio recibido.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de radiología para pacientes externos	Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.**
Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga $0 de copago por biopsias de piel cubiertas por Medicare. Usted paga $400 de copago por servicios quirúrgicos para paciente externo cubiertos por Medicare. Usted paga $300 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para paciente externo.	**Usted paga $0 de copago por biopsias de piel cubiertas por Medicare.** **Usted paga $375 de copago por servicios quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare.** **Usted paga $250 de copago por servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare, incluida la atención paliativa para pacientes externos.**
Observación hospitalaria para pacientes externos	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. Usted paga $400 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.	**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.** **Usted paga $375 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación a través de un centro para pacientes externos.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios de hospitalización parcial	Usted paga $175 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $190 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios del programa intensivo para pacientes externos (Intensive Outpatient Program, IOP)	Usted paga $175 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.	**Usted paga $200 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.**
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por admisión cubierta 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 a $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 será responsable de todos los costos.	**Por admisión cubierta por Medicare, por admisión:** **Usted paga $0 de copago por día, por los días 1 al 20, $221 de copago por día, por los días 21 al 40, y a $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 será responsable de todos los costos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina	Hasta $200 de crédito combinado cada año por todos los anteojos o lentes de contacto de rutina.	**Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes de contacto	Usted paga $0 de copago.	**Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes de contacto no están cubiertos.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes de contacto	Sin límite de lentes de contacto cada año.	**Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes de contacto no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Marcos de anteojos	Usted paga $0 de copago	**Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Marcos de anteojos no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Marcos de anteojos	Sin límite de marcos de anteojos cada año.	**Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Marcos de anteojos no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes para anteojos	Usted paga $0 de copago	**Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes de anteojos no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Lentes para anteojos	Sin límite de lentes para anteojos cada año.	**Atención de la vista – Anteojos o lentes de contacto de rutina – Lentes para anteojos no están cubiertos**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Anteojos (lentes y marcos)	Usted paga $0 de copago	**Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Anteojos (lentes y marcos) no están cubiertos.**
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina - Anteojos (lentes y marcos)	Sin límite de anteojos (lentes y marcos) cada año.	**Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Anteojos (lentes y marcos) no están cubiertos**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Actualizaciones	Usted paga $0 de copago	**Atención de la vista - Anteojos y lentes de contacto de rutina - Las actualizaciones no están cubiertas.**
Wellcare Spendables®	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $25. Su asignación mensual estará disponible al principio de cada mes. Cualquier monto no utilizado pasará al mes siguiente y vencerá al finalizar el año del plan. Su asignación puede utilizarse para: • Servicios dentales, de la vista y auditivos • Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	**Wellcare Spendables® no está cubierto.**

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 podrían 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 la persona autorizada a emitir sus recetas 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 1-800-275-4737 (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 documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibe este material antes del *30 de septiembre de* 2026, llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de los medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible anual	$615 Durante esta etapa, usted paga $5 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, $10 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y $0 de *costo compartido* para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos del Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos,	**$700** **Durante esta etapa, usted paga $10 *de costo compartido estándar* o $0 *de costo compartido preferido* para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos 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 de marca preferida, Nivel 3: medicamentos no preferidos, Nivel 4: medicamentos inyectables, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

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

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos, por un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido; o por medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

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

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 1 - medicamentos genéricos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $5 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $10 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos: **2027: Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos de marca preferida:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga $10 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida: **2027: Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos no preferidos:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 42% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 41% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
2026: Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos: **2027: Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos inyectables:**	*Costo compartido estándar:* Usted paga 34% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 33% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 1% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 1% del costo total** **Los productos de insulina no están cubiertos en este nivel.** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga 25% del costo total** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**
Medicamentos de Nivel 6 - medicamentos para cuidados selectos:	*Costo compartido estándar:* Usted paga $0 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $0 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

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 afectan directamente los beneficios ni los costos compartidos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficios complementarios cubiertos (p.ej., dental, etc.) que usted recibe de proveedores de nuestra red	Los servicios se proporcionan a través de nuestra red actual de proveedores.	**Nuestra red de proveedores podría cambiar en 2027. Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias de 2027* para ver si sus proveedores se encuentran en nuestra red.**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Wellcare Low Premium Focus (HMO), no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Wellcare Low Premium Focus (HMO).
Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Wellcare Low Premium Focus (HMO). Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que para muchos planes no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de cobertura para medicamentos de Medicare separado,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Low Premium Focus (HMO).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea en go.wellcare.com/HealthNetCA. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*),

llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

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

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus

medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de The AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame a The AIDS Drug Assistance Program (ADAP) al 1-844-421-7050 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de 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.
- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos con

receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-750-9969 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de Wellcare Low Premium Focus (HMO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737. (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 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 para Wellcare Low Premium Focus (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/HealthNetCA o llame a Servicios para los miembros al 1-800-275-4737 (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 cuáles son sus opciones de Medicare y responder a las preguntas relacionadas con el cambio de plan. Llame a

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Conozca más acerca de California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) visitando https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Obtenga ayuda de Medicare

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

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

- **Chat en vivo con Medicare.gov**

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite Medicare.gov**

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

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

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