Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP) ofrecido por Sunflower State Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Access Open (PPO 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 Access Sync Open (PPO 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/KS o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en in español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 Access Sync Open (PPO 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 Kansas para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Sunflower State Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP).
- El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP) a Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nuevo nombre. De ahora en adelante, nuestro nuevo nombre, Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP), estará en todos los materiales.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP)**. A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 10

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 10

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 10

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 12

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 13

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 13

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 25

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 25

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 32

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 34

Sección 3.1 Plazos para cambiar de planes 34

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 35

SECCIÓN 4 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 35

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 37

Reciba ayuda de Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP) 37

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 37

Cómo recibir ayuda de Medicare **38**

Reciba ayuda del Programa KanCare 38

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles. Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.	$0	**$0**
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 conocer los detalles).	De proveedores de la red: $9,350 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $14,000 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.	**De proveedores de la red: $9,250** **De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $13,900** **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.**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**Dentro de la red** $0 de copago por consulta **Fuera de la red** $0 de copago por consulta	**Dentro de la red** **$0 de copago por consulta** **Fuera de la red** **$0 de copago por consulta**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Consultas en el consultorio de un especialista	**Dentro de la red** $0 de copago por consulta **Fuera de la red** $0 de copago por consulta	**Dentro de la red** **$0 de copago por consulta** **Fuera de la red** **$0 de copagopor consulta**
Hospitalizaciones 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. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Para admisiones cubiertas, por admisión: **Dentro de la red:** $0 de copago por cada hospitalización cubierta **Fuera de la red:** $0 de copago, por los días 1 al 90 por cada hospitalización cubierta	**Para admisiones cubiertas, por admisión:** **Dentro de la red:** **$0 de copago por cada hospitalización cubierta** **Fuera de la red:** **$0 de copago por cada hospitalización cubierta**
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles).	$590 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Si recibe Ayuda adicional, paga el siguiente monto: Deducible: $0	**$550 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Si recibe Ayuda adicional, paga el siguiente monto:** **Deducible: $0**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener detalles, entre estos, el deducible de las	Si usted recibe Ayuda adicional de Medicare, usted paga la parte que le	**Si usted recibe Ayuda adicional de Medicare, usted paga la parte que le corresponde de la LIS como se muestra en su**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	corresponde de la LIS como se muestra en su Cláusula adicional LIS 2025. Si usted no recibe Ayuda adicional, usted paga los siguientes costos compartidos: Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido estándar: $19 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $9 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido estándar: $20 de copago por un suministro para un mes (30 días). Costo compartido preferido: $19 de copago por un suministro para un mes (30 días). Medicamentos de Nivel 3:	**2026 Cláusula adicional LIS.** **Si usted no recibe Ayuda adicional, usted paga los siguientes costos compartidos**: **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** **Costo compartido estándar:** **$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$18 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 2:** **Costo compartido estándar:** **$20 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Costo compartido preferido:** **$19 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Medicamentos de Nivel 3:** **Costo compartido estándar:**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Costo compartido estándar: 19% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: 19% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido estándar: 36% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**25% del costo total por un suministro para un mes (30 días).** **Usted paga el menor de $35 o 25% 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 el menor de $35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4:** **Costo compartido estándar:** **$100 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Usted paga el menor de $35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Costo compartido preferido: 36% del costo total por un suministro para un mes (30 días). Usted paga $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: $0 de copago por un suministro para un mes (30 días).	**Costo compartido preferido:** **$100 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Usted paga el menor de $35 o 25% 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:** **$0 de copago por un suministro para un mes (30 días).** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	**Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague KanCare por usted). Dado que usted recibe Ayuda adicional, usted no paga una prima por este plan.	$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)**
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de KanCare, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. 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. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de los medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$9,350	**$9,250** **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 de la Parte A y la Parte B cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.**

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado 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. 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 recibidos dentro de la red. Sin embargo, dependiendo de su categoría de elegibilidad para Medicaid, los proveedores fuera dentro la red que no estén inscritos en el Medicaid de su estado podrían cobrar costo compartido que paga de su bolsillo, el cual se aplicaría al monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red **cuentan** para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. costos de los medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$14,000	**$13,900** **Una vez que haya pagado $13,900 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 de proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año calendario.**

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 1-844-796-6811 (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 1-844-796-6811 (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 1-844-796-6811 (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 1-844-796-6811 (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	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.	
	Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: Servicios adicionales de telesalud podría(n) requerir autorización previa. Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare podría(n) requerir autorización previa. Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.	**Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: Servicios adicionales de telesalud no requiere(n) autorización previa.** **Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no requiere(n) autorización previa.** **Si su beneficio requiere o no una autorización previa, aún podría requerir una remisión de parte del plan.**
Servicios de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.	**Usted paga $115 de copago por cada servicio cubierto.** **El copago no se elimina si lo ingresan en un hospital.**
Servicios de emergencia - Cobertura de urgencia en todo el mundo	Usted paga $110 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	**Usted paga $115 de copago por cada servicio cubierto.** **El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Comidas - Posteriores a cuidados agudos (aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga $0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos. Hay un máximo de 3 comidas al día por hasta 14 días, por un máximo de 42 comidas.	**Usted paga $0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos.** **Hay un máximo de 3 comidas al día por 14 días, por un máximo de 42 comidas. El servicio debe solicitarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de alta hospitalaria.**
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) (Alerta médica)	El sistema de respuesta a emergencias personales no está cubierto.	**Usted paga $0 de copago.**

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) - Afecciones que reúnen los requisitos	Las siguientes afecciones no reúnen los requisitos: • Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD) • Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad (incluyen la distrofia muscular) • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye la hiperlipidemia/dislipidemia) • Seguimiento médico posterior al trasplante de un órgano Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	**Las siguientes afecciones reúnen los requisitos:** • **Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)** • **Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad (incluyen la distrofia muscular)** • **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye la hiperlipidemia/dislipidemia)** • **Seguimiento médico posterior al trasplante de un órgano** **Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.**
Los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Los beneficios mencionados son una parte de los Beneficios complementarios especiales para	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	**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**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
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 beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con nosotros o consulte la Evidencia de cobertura del plan.	venta libre (Over-the-Counter, OTC). El beneficio estará disponible el primer día del mes después de que se determinó que usted es elegible. **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. **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 a través del portal en línea. La asignación no se puede utilizar para comprar tabaco ni alcohol. Los artículos aprobados incluyen:	**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.** **Usted paga $0 de copago. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®.** **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.** **Alimentos saludables** **Si usted reúne los requisitos, puede utilizar su tarjeta Wellcare**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	• Carne y aves • Frutas y verduras • Bebidas nutricionales • Y más **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. • 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 **Asistencia con los servicios públicos** Si reúne los requisitos, usted puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para	**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:** • **Carne y aves** • **Frutas y verduras** • **Bebidas nutricionales** **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:** • **Barras de agarre o manijas para puertas y revestimientos**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	ayudar a pagar los servicios públicos aprobados por el plan para su hogar, entre ellos: • 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 **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.	**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** **Asistencia con los servicios públicos** **Si reúne los requisitos, usted puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudar a pagar los servicios públicos aprobados por el plan para su hogar, entre ellos:** • **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)**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
		• **Determinados gastos en derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica** **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.**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Servicios de transporte	**Dentro de la red** Usted paga $0 de copago por 12 viajes que no son de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año por dentro de la red y fuera de la red combinados. 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.	**Dentro de la red** **Usted paga $0 de copago por viajes que no sean de emergencia 12 dentro de nuestra área de servicio cada año dentro y fuera de la red combinadas.** **Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a 75 millas de un tramo. Para atención de rutina, llame hasta con 1 mes y con al menos 3 días de anticipación. En el mismo día, los traslados están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje traslado de un solo tramo en taxi, automóvil para pasajeros, silla de ruedas camioneta o servicios de transporte compartido a una ubicación relacionada con la atención médica.**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de transporte	**Fuera de la red** Usted paga 75% del costo total por 12 viajes que no son de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año por dentro de la red y fuera de la red combinados. 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.	**Fuera de la red** **Usted paga 75% del costo total por viajes que no sean de emergencia 12 dentro de nuestra área de servicio cada año dentro y fuera de la red combinadas.** **Los traslados (también llamados "viajes") se limitan a 75 millas de un tramo. Para atención de rutina, llame hasta con 1 mes y con al menos 3 días de anticipación. En el mismo día, los traslados están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje traslado de un solo tramo en taxi, automóvil para pasajeros, silla de ruedas camioneta o servicios de transporte compartido a una ubicación relacionada con la atención médica.**
Wellcare Spendables®	Usted paga $0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de $90 en su tarjeta® Wellcare Spendables. La asignación se cargará automáticamente en su tarjeta Wellcare Spendables® al principio de cada mes. Cualquier monto no utilizado	**Usted paga $0 de copago. Usted recibirá una asignación mensual de $95 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**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	pasará al mes siguiente y vencerá al final de cada año. La asignación de su tarjeta puede utilizarse para: **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)** Puede utilizar su tarjeta Wellcare Spendables® en artículos de venta libre aprobados por el plan. Puede utilizar su tarjeta en los establecimientos minoristas participantes, en línea o bien, a través de la aplicación móvil para entrega a domicilio. **Servicios dentales, de la vista y de la audición** La asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® no se puede usar para ningún gasto por servicios dentales, de la vista o de la audición. 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	**si no se utiliza y vence al final del año del plan.** **La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:** **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.** **Servicios dentales, de la vista y de la audición** **Su tarjeta se puede utilizar para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por 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.** **Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los**

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
	criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan. Si reúne los requisitos, la asignación de su tarjeta también puede utilizarse para lo siguiente: • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Artículos para la mejoría del hogar • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos 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.	**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:** **• Pago de gasolina en la bomba de combustible** **• Alimentos saludables** **• Artículos de asistencia y seguridad en el hogar** **• Asistencia con el alquiler** **• Asistencia para los servicios públicos** **• Artículos y servicios para el control de plagas** **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.**

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 1-844-796-6811 (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 1-844-796-6811 (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	$590 Durante esta etapa, usted paga $19 *de costo compartido estándar* o $9 *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.	**$550** **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.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2025 en relación con 2026.

La tabla muestra su costo por medicamento con receta por un suministro para un mes 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:	*Costo compartido estándar:* Usted paga $19 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $19. *Costo compartido preferido:* Usted paga $9 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $9.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $19 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 $18 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**
Medicamentos de Nivel 2 - medicamentos genéricos:	*Costo compartido estándar:* Usted paga $20 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $20. *Costo compartido preferido:* Usted paga $19 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $19.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga $20 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.** ***Costo compartido preferido:*** **Usted paga $19 de copago** **Un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo no está cubierto.**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Medicamentos de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 19% del costo total Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 19%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 19% del costo total Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 19%.	***Costo compartido estándar:*** **Usted paga 25% del costo total** **Usted paga el menor de $35 o 25% 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 el menor de $35 o 25% 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.**

	2025 (este año)	**2026 (próximo año)**
Medicamentos de Nivel 4 - medicamentos no preferidos:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 36% del costo total Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 36%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 36% del costo total Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 36%.	***Costo compartido estándar:*Usted paga $100 de copago** **Usted paga el menor de $35 o 25% 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 $100 de copago** **Usted paga el menor de $35 o 25% 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.**

	2025 **(este año)**	**2026** **(próximo año)**
Medicamentos de Nivel 5 - medicamentos especializados:	*Costo compartido estándar:* Usted paga 25% del costo total Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%. *Costo compartido preferido:* Usted paga 25% del costo total Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es 25%.	***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 Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $0. *Costo compartido preferido:* Usted paga $0 de copago Su costo por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de pedido por correo es $0.	***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.**

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.

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.**
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	**Si necesita cambiar de nuestro plan a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage, usted puede enviarnos una solicitud por escrito para**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	obtener más información, consulte el Capítulo 10 de su Evidencia de Cobertura.	**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 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**

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		bien, visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en Wellcare Dual Access Sync Open (PPO 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 Access Sync Open (PPO D-SNP).

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

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Dual Access Sync Open (PPO D-SNP).
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Dual Access Sync Open (PPO 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/KS. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 KanCare
- 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 KanCare, 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 KanCare 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 KanCare 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 Ryan White Part B Program. 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 Ryan White Part B Program al 1-785-296-1086 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a.m. a 5 p.m. hora local, lunes a viernes. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría 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 Access Sync Open (PPO D-SNP)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (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 Access Sync Open (PPO 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/KS o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

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

  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 Kansas, el SHIP se denomina Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK).

Llame a Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) para obtener asesoramiento gratuito y

personalizado sobre seguro médico. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y KanCare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) al 1-800-860-5260. Conozca más de Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) visitando (https://www.kdads.ks.gov/services-programs/aging/medicare-programs/senior-health-insurance-counseling-for-kansas-shick).

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 KanCare

Llame a KanCare al 1-800-792-4884 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro (CT), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-800-792-4292 para recibir ayuda con la inscripción a KanCare o con preguntas acerca de los beneficios.