



2026

Resumen de Beneficios

Wellcare Value Script (PDP)

Wellcare Classic (PDP)

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Este es un resumen de los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por Wellcare Value Script (PDP) y Wellcare Classic (PDP) del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

Wellcare ofrece varios planes con diferentes niveles de beneficios, según sea la cobertura para medicamentos que necesite para respaldar su bienestar y ayudarlo a vivir una vida mejor y más saludable.

Wellcare Value Script (PDP)

Si desea una cobertura completa con una prima baja, es posible que Value Script satisfaga sus necesidades.

Wellcare Classic (PDP)

Si recibe Ayuda adicional, es posible que califique para una prima de \$0 y copagos más bajos con este plan.

¿Quién puede ingresar?

Para ingresar a uno de nuestros planes, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y/o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Para ser elegible, también debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos los estados: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin, Wyoming

Conozca la Parte D de Medicare

Deducible: El monto que paga antes de que un plan cubra su parte de los costos de sus medicamentos con receta.

Etapas de cobertura inicial: Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo y usted paga su parte del costo.

- El "copago" es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "coseguro" es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Wellcare Value Script (PDP):

Usted se encuentra en esta etapa hasta que sus pagos y los pagos hechos por el plan den un total de \$2,100 por el año. El plan agrupa cada medicamento en uno de seis niveles:

- Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas) incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 (medicamento no preferido) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
- Nivel 6 (Nivel de medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se emplean comúnmente para tratar afecciones crónicas específicas.

WellCare Classic (PDP):

Usted se encuentra en esta etapa hasta que sus pagos y los pagos hechos por el plan den un total de \$2,100 por el año. El plan agrupa cada medicamento en uno de cinco niveles:

- Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas) incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.

- Nivel 4 (medicamento no preferido) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.

Cobertura en situaciones catastróficas: Después de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta lleguen a \$2,100, usted paga \$0 por medicamentos cubiertos de marca y genéricos por lo que resta del año.

Lo que usted paga por insulina:

Usted no pagará más de lo que resulte menos de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$35 por un suministro de hasta 1 mes, lo que resulte menos de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$70 por un suministro de hasta 2 meses o bien, lo que resulte menos de entre el 25% de nuestro precio negociado por el medicamento o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente de su nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Lo que usted paga por vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible.

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).

Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-750-9969. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231.) Estamos a su disposición para llamadas telefónicas 24 hours a day, 7 days a week o bien, visite go.wellcare.com/MPPP.

Este documento no menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de servicios se encuentra en la Evidencia de Cobertura del plan. También puede encontrar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en go.wellcare.com/PDP. O usted nos podría llamar para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contratapa.

Para más información, comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Números de teléfono	1-844-480-0700 (TTY 711)
Horario de preinscripción	domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.
Sitio web	go.wellcare.com/PDP
Lista de medicamentos	Wellcare Value Script (PDP): go.wellcare.com/druglist-672 Wellcare Classic (PDP): go.wellcare.com/druglist-671
Directorio de farmacias	go.wellcare.com/2026providerdirectories
Medicare & You Handbook (Manual Medicare y Usted)	Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente " Medicare & You " (Medicare y Usted). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.). Para obtener más información o para solicitar información en un formato alternativo, llámenos al 1-844-480-0700 (los usuarios de TTY deben llamar el 711): El horario de atención es de domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Alabama	Wellcare Value Script (PDP)	\$3.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$3.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Alaska	Wellcare Value Script (PDP)	\$19.70	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Arizona	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	32%	25%	NA
Arkansas	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	26%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	34%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapa de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
California	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.70	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$6.20	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
Colorado	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$2.20	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
Connecticut	Wellcare Value Script (PDP)	\$16.40	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$21.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
Delaware	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$5.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA

Etapas de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	33%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	31%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
District of Columbia	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$5.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
Florida	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Georgia	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Hawaii	Wellcare Value Script (PDP)	\$21.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$21.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	35%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	31%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	35%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Idaho	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$23.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Illinois	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
Indiana	Wellcare Value Script (PDP)	\$8.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$8.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Iowa	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapas de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	32%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Kansas	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$14.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$9	25%	26%	25%	NA
Kentucky	Wellcare Value Script (PDP)	\$8.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$8.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Louisiana	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.70	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$6.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Maine	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$5	\$20	25%	26%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapa de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Maryland	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$5.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
Massachusetts	Wellcare Value Script (PDP)	\$16.40	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$21.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
Michigan	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Minnesota	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	31%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Mississippi	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
Missouri	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$10.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	26%	25%	NA
Montana	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Nebraska	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	26%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapa de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Nevada	Wellcare Value Script (PDP)	\$2.70	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$2.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
New Hampshire	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
New Jersey	Wellcare Value Script (PDP)	\$22.80	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$28.20	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
New Mexico	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	32%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	33%	25%	NA	

Etapa de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
New York	Wellcare Value Script (PDP)	\$42.40	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$45.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
North Carolina	Wellcare Value Script (PDP)	\$3.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$4.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
North Dakota	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Ohio	Wellcare Value Script (PDP)	\$7.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$7.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Oklahoma	Wellcare Value Script (PDP)	\$5.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$5.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	26%	25%	NA
Oregon	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Pennsylvania	Wellcare Value Script (PDP)	\$8.20	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$14.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Rhode Island	Wellcare Value Script (PDP)	\$16.40	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$21.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA

Etapas de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$5	\$20	25%	26%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
South Carolina	Wellcare Value Script (PDP)	\$4.80	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$9.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
South Dakota	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Tennessee	Wellcare Value Script (PDP)	\$3.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$3.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Texas	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Utah	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$23.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA
Vermont	Wellcare Value Script (PDP)	\$16.40	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$21.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	29%	25%	NA
Virginia	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	31%	25%	NA
Washington	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA

Etapa de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	30%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	31%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	28%	25%	NA	

Etapas de cobertura inicial

Estado	Nombre del plan	Prima mensual	Deducible	Suministro para 30 días: Farmacias minoristas preferidas					
				Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
West Virginia	Wellcare Value Script (PDP)	\$8.20	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$14.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	28%	25%	NA
Wisconsin	Wellcare Value Script (PDP)	\$0.00	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$0.00	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	26%	25%	NA
Wyoming	Wellcare Value Script (PDP)	\$9.60	\$615 Nivel 3 al Nivel 6	\$0	\$3	25%	40%	25%	\$11
	Wellcare Classic (PDP)	\$12.70	\$615 Todos los niveles	\$0	\$10	25%	27%	25%	NA

Etapas de cobertura inicial

Suministro para 30 días: Farmacias minoristas estándar						Suministro para 90 días: Farmacias minoristas preferidas Farmacias minoristas estándar Suministro para 90 días: Farmacias de pedido por correo preferidas Farmacias de pedido por correo estándar
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	Nivel 1, Nivel 2: Farmacias minoristas preferidas y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas preferidas por 3x para 30 días Farmacias minoristas estándar y farmacias de pedido por correo = copago en farmacias minoristas estándar por 3x para 30 días Nivel 3, Nivel 4: Se aplica un coseguro Nivel 5: N/A Nivel 6 Classic: N/A Nivel 6 Value Script: \$33 en todas las farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo
\$10	\$20	25%	29%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	
\$15	\$20	25%	50%	25%	\$11	
\$10	\$20	25%	27%	25%	NA	

Los medicamentos genéricos pueden estar cubiertos en niveles distintos al Nivel 1 y al Nivel 2. Consulte el Formulario de este plan para verificar el nivel específico en el que están cubiertos sus medicamentos.

El reparto de costes puede variar en función del punto de servicio (pedido por correo, venta al menudeo, atención a largo plazo (Long-Term care, LTC)), infusión a domicilio, si la farmacia pertenece a nuestra red preferida o estándar, o el suministro diario recibido. Las recetas de pedido por correo se dispensan en cantidades de 35 días o más.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-550-5252 (TTY: 711).

አማርኛ ይነበብ:- ነጻ የቋንቋ አገዛ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይገኛሉ። በተጨማሪም አግባብነት ያላቸው ለእርስዎ ተደራሽ በሆኑ ቅርጸቶች መረጃ የሚያቀርቡልዎ አጋኙ መሳሪያዎች እና አገልግሎቶችን ከክፍያ ነጻ ያገኛሉ። ወደ 1-888-550-5252 (TTY: 711) ይደውሉ።

<6> العربية انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجاًاً مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Հայերեն ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք օգտվել անվճար լեզվական ծառայություններից: Անվճար հասանելի են նաև համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ՝ մատչելի ձևաչափերով տեղեկություններ տրամադրելու համար: Չանգահարեք 1-888-550-5252 (TTY՝ 711):

বাংলা খেয়াল করুন: আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবার সুবিধা রয়েছে। বিনামূল্যে অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে উপযুক্ত সহায়ক উপকরণ এবং পরিষেবাও উপলব্ধ রয়েছে। এখানে কল করুন 1-888-550-5252 (TTY: 711)।

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d'aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-888-550-5252 (TTY : 711).

ភាសាខ្មែរ ចូរចាប់អារម្មណ៍៖ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាជំនួយសមស្របដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចប្រើបាន ក៏មានដោយមិនគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-550-5252 (TTY: 711)។

简体中文 注意: 我们为您提供免费的语言协助服务, 同时也可免费提供适当的辅助设施与服务, 以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-888-550-5252 (TTY: 711)。

繁體中文 注意: 我們為您提供免費的語言協助服務, 還免費提供適當的輔助工具和服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-550-5252 (TTY: 711)。

دری توجه: خدمات رایگان کمک زبانی برای شما فراهم است. وسایل و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات به شکل قابل دسترس نیز به طور رایگان در دسترس می‌باشند. لطفاً با شماره 1-888-550-5252 (TTY: 711) تماس بگیرید.

فارسی توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان ارائه می‌شوند. لطفاً با شماره 1-888-550-5252 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français REMARQUE : des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-550-5252 (TTY : 711).

Deutsch ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Ελληνικά ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται επίσης δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-888-550-5252 (TTY: 711).

ગુજરાતી ધ્યાન આપવાની જરૂર છે: તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની મફત સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. એક્સેસ કરી શકાય તેવાં ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-888-550-5252 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

Kreyòl Ayisyen ATANSYON: Sèvis èd gratis pou lang disponib pou ou. Aparèy oksilyè ki bay asistans ak sèvis ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-888-550-5252 (TTY: 711).

‘Ōlelo Hawai‘i HO‘ĀKAKA: Loa‘a iā ‘oe ke kōkua manuahi no ka unuhi ‘ōlelo. Loa‘a pū kekahi mau pono kōkua kūpono a me nā lawelawe e hā‘awi ai i ka ‘ike i nā ‘ano ‘ano hiki ke ki‘i ‘ia, me ka uku ‘ole. Kelepona i 1-888-550-5252 (TTY: 711).

हिंदी ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं. एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं. 1-888-550-5252 (TTY: 711) पर कॉल करें.

Lus Hmoob TSEEM CEEB: Muaj cov kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Tsis tas li ntawd, kuj tseem yuav muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam tsim nyog los ua hom ntaub ntawv uas siv tau pub dawb rau koj thiab. Hu rau 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Igbo NLERUANYA: A na-enye gi ọrụ enyemaka asụsụ n’efu. Enyemaka na ọrụ ndị kwesiri ekwesị iji nye ozi n’ụdị ndị dị mfe inweta dikrawa n’akwughị ụgwọ. Kpọọ 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Iloko PALIIWEN: Adda dagiti libre a serbisio a tulong iti pagsasao. Dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti nalaka a maawatan a pormat ket libre met a magun-odan. Tawagan ti 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Italiano ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili supporti e servizi ausiliari gratuiti adatti a fornire le informazioni in formati accessibili. Chiamare il numero 1-888-550-5252 (TTY: 711).

日本語 注意：言語支援サービスを無料で提供しています。情報をアクセシビリティに対応した形式で提供する各種補助支援およびサービスも無料です。1-888-550-5252 (TTY: 711) にお電話ください。

ಕನ್ನಡ ನಿಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೆ: ನಿಮಗೆ ಉಚಿತ ಭಾಷಾ ಸಹಾಯ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದಾದ ಸ್ವರೂಪಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ದಗಿಸಲು ಸೂಕ್ತವಾದ ಸಹಾಯಕ ಸಾಧನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ಸಹ ಉಚಿತವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಕರೆ ಮಾಡಿ 1-888-550-5252 (TTY: 711).

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-888-550-5252 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ພາສາລາວ ໝາຍເຫດ: ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີສໍາລັບທ່ານ ນອກຈາກນີ້ຍັງມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການ ເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມ. ໂທ 1-888-550-5252 (TTY: 711).

മലയാളം ശ്രദ്ധിക്കൂ: നിങ്ങളിക്ക് സൗജന്യ ഭാഷാ സഹായ സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന്, സൗജന്യമായി അനുയോജ്യമായ ഓക്സിഡീയറി സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും ലഭ്യമാണ്. 1-888-550-5252 (TTY: 711) എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക.

तुमच्यासाठी विनामूल्य भाषा सहाय्य सेवा उपलब्ध आहेत. सुलभ स्वरूपात माहिती प्रदान करण्यासाठी योग्य अतिरिक्त मदत आणि सेवादेखील विनामूल्य उपलब्ध आहेत. 1-888-550-5252 (TTY: 711) वर कॉल करा.

Diné Bizaad BAA NAANISH'AGHA: T'aadoo baabhilinigoo saad 'ahiilka 'ana'alwo' biniit'aa bineesh'a bil hadlee' goo ni. Ch'idi'nishaah t'aala'i bi'aa yilts'ilgo bika 'iishyeed 'aadoo biniit'aa goo bik'inaasdzil bil ch'idaash'a di baa honit'l' ya'akogoo bineesh'a aldo' bil hadlee' t'aadoo baabhilinigoo 'at'e yeel. Bika 'adishni 1-888-550-5252 (TTY: 711).

नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि भाषासम्बन्धी सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। सुलभ फर्म्याटहरूमा जानकारी प्रदान गर्नका निम्ति उचित सहायक सामग्री र सेवाहरू पनि निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-888-550-5252 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

Pennsylvania Deutsch GEB ACHT: Schprooch Hilfe sin meeglich mitaus Koscht. Rechtliche Auxiliary Aids un Hilfe um Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mit aus Koscht. Ruf 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Polski UWAGA: usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Bezpłatnie oferowane są również dodatkowe pomoce i usługi pozwalające na przekazanie informacji w formacie przystępnym dla odbiorcy. Zadzwoń pod numer 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Português ATENÇÃO: estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis apoios auxiliares e serviços adequados que oferecem informações em formatos acessíveis e sem custos. Ligue para 1-888-550-5252 (TTY: 711).

મુદ્દત ઢામ્મા મહાદિત્તા મેવાદાં ટુહાડે લઈ ઉપલબ્ધ હન। પહુંચનખેગ દારમૈટાં વિંચ જાટકારી પર્દાન કરન લઈ દુવરેં મહાદિક માપન અડે મેવાદાં વી મુદ્દત વિંચ ઉપલબ્ધ હન। 1-888-550-5252 (TTY: 711) 'ડે કાલ કરે।

Русский ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Вы также можете бесплатно получить соответствующие вспомогательные средства и услуги, направленные на предоставление информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Gagana Sāmoa FA'AALIGA: O lo'o avanoa fua ia te oe auaunaga fesoasoani i le gagana. E avanoa fo'i fua fesoasoani ma meafaigaluega talafeagai e tu'uina atu ai fa'amatalaga i auala faigofie ona malamalama ai. Vala'au 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Srpski PAŽNJA: Dostupne su vam besplatne usluge jezičke pomoći. Odgovarajuća pomagala i pomoćne usluge koje nude informacije o pristupačnim formatima takođe su besplatne. Pozovite broj 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Soomaali DIGNIIN: Adeegyada kaalmada luqadda bilaashka ah ayaa kuu diyaar ah. Sidoo kale, qalab iyo adeegyo kaabayaal ku habboon ayaa diyaar ah si macluumaadka loogu helo qaabab sahlan oo la heli karo, iyadoo aan wax kharash ah lagaaga qaadin. Wac 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Kiswahili TANBIHI: Huduma za usaidizi wa lugha zinapatikana bila malipo kwako. Nyenzo na huduma sahihi za usaidizi za kutoa maelezo katika miundo inayoweza kufikiwa pia zinapatikana bila malipo. Piga simu 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Tagalog ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-888-550-5252 (TTY: 711).

தமிழ் உங்களின் கவனத்திற்கு: உங்களுக்கு மொழி உதவிக்கான இலவச சேவைகள் கிடைக்கின்றன. பயன்படுத்தக்கூடிய வடிவங்களில் தகவல்களை வழங்குவதற்குப் பொருத்தமான புலன் உணர்வுக் கருவிகளும் சேவைகளும் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. 1-888-550-5252 (TTY: 711) என்ற எண்ணை அழைத்திடுங்கள்.

తెలుగు గమనిక: మీకు ఉచిత భాష సంబంధ సహాయక సేవలు అందుబాటులో ఉన్నాయి. యాకెస్స్ చేయదగిన ఫారమ్స్ లలో సమాచారాని అందించడానికి తగిన సహాయక టూల్స్, సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉన్నాయి. 1-888-550-5252 (TTY: 711) నంబర్ కి కాల్ చేయండి.

ไทย โปรดทราบ: พร้อมให้บริการความช่วยเหลือทางภาษาฟรีแก่คุณ และมีความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายด้วยเช่นกัน โทร 1-888-550-5252 (TTY: 711)

Twi HYE NO NSO: Kasa ho mmoa dwumadie ahodoɔ wo ho ma wo a wontua hwee. Nneɛma a ɛbeboa wo ama wate nsem ne dwumadie ahodoɔ a ɛde nsem beɛma wo wo akwan bebree so nso wo ho a wontua hwee. Fre 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Українська УВАГА! Вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-888-550-5252 (TTY: 711).

اردو توجہ: زبان معاونت کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابل رسائی شکل میں فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-888-550-5252 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-888-550-5252 (TTY: 711).

יידיש אויפֿמערקזאַמקייט: פֿרייע שפּראַך הילף סערוויסעס זענען פֿאַר אײַך פֿאַראַן. פֿאַסיקע הילפֿסמיטלען און סערוויסעס צו צושטעלן אינפֿאַרמאַציע אין צוגעגלעכע פֿאַרמאַטן זענען אויך פֿאַראַן פֿריי פֿון אָפּצאָל. רופֿט 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Yorùbá ÀKÍYÈSÍ: Àwọn ọ̀ṣẹ̀ ìrànńlọ̀wọ̀ tí èdè wà nílẹ̀ fún ọ̀ lọ́fẹ́ẹ̀. Àwọn ọ̀ṣẹ̀ àtí àwọn ìrànńwọ̀ arannílọ̀wọ̀ tóyẹ̀ láti pèsè ìwífúnni ní àwọn ọ̀nà kíkọ̀sílẹ̀ tọ̀ṣeé ráàyẹ̀ sí tún wà nílẹ̀ bákan náà lọ́fẹ́ẹ̀ láisan owó rára. Pe 1-888-550-5252 (TTY: 711).

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-844-480-0700 (TTY: 711). Horario de atención de domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.

Cómo entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite go.wellcare.com/PDP o llame al 1-844-480-0700 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. Horario de atención de domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para obtener cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Cómo entender las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2027.

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 nuestros planes depende de la renovación del contrato.

"Wellcare" es emitido por WellCare Prescription Insurance, Inc.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Comuníquese con nosotros

Para más información, comuníquese con nosotros:



Por teléfono

Llame de manera gratuita al 1-844-480-0700 (TTY: 711). Su llamada podría ser contestada por un agente con licencia.



Horario de atención

domingo a sábado de 8 a.m. a 8 p.m.



En línea

go.wellcare.com/PDP