Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP), un plan ofrecido por Absolute Total Care, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2026

Introducción

Usted está afiliado actualmente como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos del plan. Esta *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte el *Manual del miembro*, que se encuentra en nuestro sitio web en go.wellcare.com/ATC. Llame al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página para recibir una copia por correo postal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro.*

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-833-998-5063 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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. La llamada es gratuita.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

- Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única de materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Wellcare Absolute Total Care Dual align (HMO-D-SNP) al 1-833-998-5063 (TTY 711). Registraremos su elección. 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. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, durante los fines de semana y feriados, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder sus llamadas. Si deja un mensaje de correo de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.

Índice

A. Descargo de responsabilidad 4
B. Revisión de su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año 4
B1. Información acerca de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) 5
B2. Acciones Importantes 5
C. Cambios en el nombre de nuestro plan 6
D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red 6
E. Cambios en los Beneficios para el Próximo Año 7
E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 7
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos 20
F. Cambios Administrativos 24
G. Elección de un plan 25
G1. Permanecer en nuestro plan 25
G2. Cambiar de planes 25
H. Obtener ayuda 31
H1. Nuestro plan 31
H2. El corredor de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices 31
H3. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP) 32
H4. Medicare 32
H5. Healthy Connections Medicaid 33
H6. Cómo obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 33

A. Descargo de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP con un contrato de Medicare; es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- En función de una revisión del modelo de cuidado, Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un plan para personas con necesidades especiales (SNP) hasta 2028.
- Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a miembros del plan, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Cliente o consulte el *Manual del miembro* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que el próximo año cubrirá sus necesidades. Si no cubre sus necesidades, es posible que pueda retirarse de nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía se cancelará el último día del mes en el que haya hecho su solicitud. Permanecerá en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid mientras sea elegible.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección G2**.
- Opciones y servicios de Healthy Connections Medicaid en la **Sección G2**.

B1. Información acerca de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

- Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Healthy Connections Medicaid para brindarles los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

B2. Acciones Importantes

- **Consulte si hay algún cambio en nuestros beneficios que pueda afectarlo.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa?
  - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades para el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Consulte si hay algún cambio que pueda afectarle en la cobertura de medicamentos.**
  - ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcione para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted consulta?
  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre el *Directorio de*

proveedores y farmacias.

- **Considere los costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos que utiliza regularmente?
  - ¿Cómo se comparan sus costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide permanecer en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP):	**Si decide cambiar de plan:**
Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil, no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanece inscrito automáticamente en nuestro plan.	Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan Medicare-Medicaid) a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

Recibirá su tarjeta de ID del nuevo plan por correo. Puede usar esta nueva tarjeta para sus beneficios de Medicaid y Medicare. A partir de ahora, cualquier carta o mensaje que reciba de nosotros mostrará el nombre de este nuevo plan: Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para el 2026.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2026 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, médicos especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories. También puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro, a los números que figuran en la parte inferior de la página, para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* o llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los Beneficios para el Próximo Año

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para determinados servicios médicos a partir del año próximo. En la tabla que aparece a continuación, se describen estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de acupuntura de rutina	Los servicios de acupuntura de rutina **no** están cubiertos.	Usted paga **$0** de copago por consulta, con consultas ilimitadas por año para servicios de acupuntura de rutina.
Examen físico anual de rutina	Examen físico anual de rutina **no** está cubierto.	Paga **$0** de copago por un examen físico de rutina anual.
Atención quiropráctica - Servicios de rutina	Los servicios quiroprácticos de rutina **no** están cubiertos**.**	Usted paga **$0** de copago por consulta, con consultas ilimitadas por año para servicios quiroprácticos de rutina.
Servicios dentales: atención dental de rutina	Usted paga un copago de **$0** por atención dental de rutina bajo su cobertura de Medicaid.	Usted paga un copago de **$0** por atención dental de rutina bajo su cobertura de Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Nuestro plan también cubre la atención dental de rutina bajo la cobertura de Medicare. Usted paga un copago de **$0** por lo siguiente: **Servicios preventivos:** Examen bucal y limpieza: 2 por año Tratamiento con flúor: 1 por año Radiografías dentales* Otros servicios de diagnóstico* Otros servicios preventivos* **Servicios integrales (limitados a una asignación de $4,000 por año):** Servicios de restauración* Endodoncia: 1 por diente de por vida Periodoncia* Prostodoncia, extraíble y fija* Cirugía bucal y maxilofacial* Servicios generales complementarios* *Los límites de frecuencia de los beneficios varían según los servicios que reciba. Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información.
Sacaleches eléctrico (Esta sección continúa en	El sacaleches eléctrico **no** está cubierto.	Usted paga **$0** por un sacaleches eléctrico hasta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
la página siguiente) **Sacaleches eléctrico (continuación)**		12 semanas antes o 30 días después (90 días para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) del parto bajo su beneficio de Medicaid.
Examen de desarrollo educativo general (GED)	Las pruebas de desarrollo educativo general (General Educational Development, GED) **no** están cubiertas.	Usted paga **$0** por las pruebas GED bajo su beneficio de Medicaid.
Servicios de audición - Audífonos	Una asignación de hasta **$1,250** por oído al año para audífonos.	Una asignación de hasta **$1,500** por oído al año para audífonos.
Asistencia para la vivienda	La asistencia para la vivienda **no** está cubierta	Los miembros que califican pagan **$0** por los servicios del coordinador de asistencia para la vivienda y el kit de bienvenida.
Comidas para enfermedades crónicas (se aplican limitaciones y exclusiones)	Comidas: **no** está cubierto para enfermedades crónicas.	Usted paga **$0** de copago por comidas para afecciones crónicas. Hay un máximo de 3 comidas al día durante hasta 28 días, por un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio se puede recibir durante hasta 3 meses.
Comidas para Enfermedades Postagudas (se aplican limitaciones y exclusiones)	El beneficio de comidas para enfermedades posagudas **no** está cubierto.	Usted paga **$0 de copago** por comidas para enfermedades posagudas. Hay un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días para un total de 42 comidas. El servicio debe solicitarse

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		dentro de los 45 días posteriores al alta de su hospitalización.
Artículos de venta libre (OTC)	Usted paga **$0 de copago**. Usted recibe **$100** por trimestre calendario para comprar artículos OTC elegibles en las ubicaciones participantes o del catálogo de productos OTC. Los fondos que no se utilicen no se transfieren al final del trimestre.	Usted paga **$0 de copago**. Los artículos del beneficio de OTC están cubiertos por el beneficio de Medicare de Wellcare Spendables®. Consulte la sección Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables®. También recibe **$15** por trimestre calendario por hogar para comprar artículos OTC elegibles en las ubicaciones participantes o del catálogo de productos OTC bajo su beneficio de Medicaid. Los fondos que no se utilicen no se transfieren al final del trimestre.
Servicios de podología: cuidado de los pies de rutina	El cuidado de los pies de rutina **no** está cubierto.	Usted paga un copago de **$0** por cada servicio de podología de rutina, hasta 12 visitas por año.
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (Alerta Médica)	El Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias **no** está cubierto.	Usted paga **$0 de copago**.
Kit del sueño seguro	El kit del sueño seguro **no** está cubierto.	Los miembros calificados pagan **$0** para recibir un kit

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		del sueño seguro bajo su beneficio de Medicaid.
Plataforma de apoyo social **(Esta sección continúa en la página siguiente)**	La plataforma de apoyo social **no** está cubierta.	Usted paga **$0** de copago por los servicios de la plataforma de apoyo social cada año.
Plataforma de apoyo social (continuación)		Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. La plataforma ofrece participación comunitaria, actividades terapéuticas y recursos patrocinados por el plan para ayudar a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita la participación y la permanencia para ayudarle a gestionar sus necesidades de salud del comportamiento. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que pueda usarla cuando lo desee. La plataforma incluye lo siguiente: • Programas de bienestar personalizados • Apoyo entre pares y expertos • Herramientas de salud

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		digitales personalizadas Consulte el *Manual del miembro* para obtener más información.
Programa educativo Start Smart for Your Baby	El programa educativo Start Smart for Your Baby **no** está cubierto.	Usted paga **$0** por este programa de educación para el embarazo y el posparto bajo su beneficio de Medicaid
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Los beneficios mencionados son parte de los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras afecciones elegibles que no se enumeran. No se puede	Los SSBCI **no** están cubiertos**.**	Si califica para SSBCI, puede usar su asignación mensual de Wellcare Spendables® en los beneficios que se muestran a continuación. La asignación se combina con su beneficio de OTC, servicios dentales, de la vista y audición. El beneficio estará disponible el primer día del mes siguiente a que se determine que usted es elegible. Una vez que se determine que es elegible, 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®.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
garantizar la elegibilidad para este beneficio solo en función de su afección. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte el *Manual del miembro* del plan. **(Esta sección continúa en la página siguiente)**		**Pago en la gasolinera** Puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para pagar la gasolina directamente en el surtidor. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. La tarjeta solo puede utilizarse para cargar gasolina hasta el monto de la asignación disponible. **Alimentos Saludables** Si es elegible, puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudarle a pagar alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos aprobados en las tiendas minoristas participantes. Se pueden solicitar comidas preparadas y cajas de productos a través del portal en línea. No se puede utilizar la asignación
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación) **(Esta sección continúa en la página siguiente)**		para comprar tabaco ni alcohol. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: • Carnes rojas y blancas • Frutas y verduras • Bebidas nutricionales **Asistencia en el hogar y artículos de seguridad** Si es elegible, puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudarle a pagar

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		alimentos y productos agrícolas saludables y nutritivos aprobados en las tiendas minoristas participantes. Se pueden solicitar comidas preparadas y cajas de productos a través del portal en línea. No se puede utilizar la asignación para comprar tabaco ni alcohol. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: • Barras de agarre o picaportes y revestimientos antideslizantes para pisos • Sillas de seguridad y dispositivos para modificar el baño • Aire acondicionado portátil y productos de calidad del aire • Suministros para el control de plagas e insectos y tratamientos en el hogar **Asistencia con los servicios públicos** Si es elegible, puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudarle a pagar los servicios públicos de su hogar aprobados por el plan, incluidos los siguientes: • Servicios públicos de electricidad, gas, basura y agua
Beneficios suplementarios especiales para las		• Servicio de teléfono fijo y celular

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)		• Servicio de Internet • TV por cable (excepto servicios de streaming) • Ciertos gastos de petróleo, como el aceite de calefacción para el hogar **Asistencia para el alquiler** Si es elegible, puede usar su tarjeta Wellcare Spendables® para ayudarle con el costo del alquiler de su casa.
Servicios de transporte: transporte que no es de emergencia **(Esta sección continúa en la página siguiente)**	Usted paga un copago de **$0**. El transporte que no sea de emergencia, hacia y desde las citas médicas, está cubierto.	Usted paga un copago de **$0** Usted paga un copago de **$0** por transporte que no sea de emergencia, hacia y desde las citas médicas. Nuestro beneficio de Medicare proporciona hasta 24 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicios cada año. Los traslados (o “viajes”) están limitados a 100 millas de ida y hasta 4 viajes de ida por día. Para atención de rutina, llame con hasta 1 mes y, por lo menos, 3 días de anticipación. Los viajes en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Un viaje se considera transporte de ida por taxi, camioneta o transporte compartido a un

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		centro de atención médica.
Servicios de transporte: transporte que no es de emergencia (continuación)		Su plan también cubre el transporte que no sea de emergencia hacia y desde su cita médica bajo su beneficio de Medicaid.
Cuidado de la visión: examen ocular de rutina	El examen ocular de rutina **no** está cubierto**.**	Usted paga un copago de **$0**. Limitado a 1 visita por año.
Cuidado de la visión: anteojos de rutina	Los servicios de visión de rutina **no** están cubiertos.	Usted paga un copago de **$0**. Hasta **$500** de crédito combinado cada año para todos los anteojos de rutina.
Wellcare Spendables® **(Esta sección continúa en la página siguiente)**	Wellcare Spendables® **no** está cubierto	Usted paga **$0 de copago**. Recibirá una asignación de $218 mensuales precargada en su tarjeta Wellcare Spendables®. Puede usar la asignación en la tarjeta para lo siguiente: Artículos de venta libre (OTC) Puede utilizar su tarjeta en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio. Cobertura dental, oftalmológica y de la audición Puede usar su tarjeta para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por cualquier servicio dental, de la vista y/o

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		de audición. La tarjeta se puede utilizar para pagar directamente a su proveedor de servicios dentales, de visión o de audición. Los beneficios que se mencionan a continuación son parte de los beneficios SSBCI. No todos los miembros calificarán. Debe cumplir
Wellcare Spendables® (continuación)		con los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan. **Si califica, la asignación de su tarjeta también se puede utilizar para:** • Pago en la gasolinera • Alimentos Saludables • Asistencia en el hogar y artículos de seguridad • Asistencia para el alquiler • Asistencia con los servicios públicos • Artículos y servicios para el control de plagas Consulte los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.
Cobertura de emergencia/urgencia en	La atención de emergencia o de urgencia internacional **no**	Usted paga **$115** por cada servicio cubierto, hasta la

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
todo el mundo (fuera de los Estados Unidos)	está cubierta.	asignación de $50,000 por año.
Autorizaciones previas **Los beneficios de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.**	**No se** requiere autorización previa para los servicios enumerados a continuación: - Servicios quiroprácticos - Servicios de audición - examen de audición cubierto por Medicare - Exámenes oculares - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico: médico especialista - Servicios de podología cubiertos por Medicare - Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides - Otros profesionales de atención de la salud - Otros profesionales de atención de la salud	Podría requerirse autorización previa para los siguientes servicios. - Servicios quiroprácticos - Servicios de audición - examen de audición cubierto por Medicare - Exámenes oculares - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico: médico especialista - Servicios de podología cubiertos por Medicare - Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides - Otros profesionales de atención de la salud
Autorizaciones previas **Los beneficios de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización**	Los servicios que se enumeran a continuación pueden requerir autorización previa:	**No** se requiere autorización previa para los servicios enumerados a continuación: - Observación de pacientes

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
previa.	- Observación de pacientes ambulatorios en el hospital - Beneficios adicionales de telesalud	ambulatorios en el hospital - Beneficios adicionales de telesalud
Remisiones del médico	Es posible que se requiera una remisión del médico para los servicios que se enumeran a continuación:	No **se** requiere una remisión del médico para los servicios enumerados a continuación:
Los beneficios de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión del médico	- Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	- Atención en centros de enfermería especializada (SNF)

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Encontrará una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web go.wellcare.com/ATC. También puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro, a través de los números que figuran en la parte inferior de la página, para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitar que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se denomina *Lista de Medicamentos*. Realizamos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o el traspaso de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si se aplicará alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si le afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Ponerse de acuerdo con su médico (u otro profesional que expide recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
    - Puede llamar a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página o contactar a su coordinador de la atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que tratan la misma condición.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
- Ponerse de acuerdo con su médico (u otro profesional que expide recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.

  - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y responderemos a su solicitud dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de apoyo del profesional que expide recetas).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* o llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de la atención. Si quiere saber más sobre cómo comunicarse con su coordinador de la atención, consulte los **Capítulos 2 y 3** del *Manual del miembro*.
- Solicítenos la cobertura de un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal es un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y, en una farmacia de atención a largo plazo (LTC), un suministro de hasta 31 días. (En el Capítulo 5 del Manual del miembro se explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo).
  - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué debe hacer cuando se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma.

Si aprobamos su excepción al formulario en 2025, su autorización aún puede ser válida. Consulte su carta de aprobación que contiene la fecha final de su excepción al formulario. Si no puede encontrar su carta de aprobación o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cambios en los costos de los medicamentos

Cambiamos algunos medicamentos de la *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos cambian de nivel, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de sus medicamentos en cada uno de nuestros 6 niveles de medicamentos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 *(Medicamentos Genéricos)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	N/D
Medicamentos del Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 2 *(Medicamentos de marca)* Costo para un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	N/D
Medicamentos del Nivel 2 *(Medicamentos genéricos)* Costo para un suministro de un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 3 *(Medicamentos que requieren receta médica y medicamentos OTC no cubiertos por Medicare)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.	N/D
Medicamentos del Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferidos)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 4 *(Medicamentos no preferidos)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 5 *(Medicamentos de nivel de especialidad)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos del Nivel 6 *(Medicamentos de atención seleccionados)* Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 6 que se obtiene en una farmacia de la red	N/D	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0**.

F. Cambios Administrativos

La información en el siguiente cuadro de Cambios Administrativos refleja los cambios respecto al año anterior de su plan que no afecta directamente a los beneficios o a la distribución de costos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Productos preferidos para la diabetes de la Parte B	Los productos OneTouch™ es nuestra marca preferida de suministros para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). No se cubren otras marcas, a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización.	Accu-Chek Guide™ y True Metrix™ son nuestras marcas preferidas de suministros para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). No se cubren otras marcas, a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización.
Formularios de determinación de cobertura avanzada	Los miembros podrían solicitar una determinación de cobertura antes de la fecha de entrada en vigor del próximo año de beneficios.	Los miembros pueden solicitar una determinación de cobertura a partir del 1/1/2026. Cualquier solicitud enviada antes de esta fecha solo se evaluará para el año de beneficios actual.

G. Elección de un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que permanezca como miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o cambie a Original Medicare, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2026.

G2. Cambiar de planes

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Healthy Connections Medicaid, puede cancelar su membresía a nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía a nuestro plan en los siguientes períodos:

- El **período de inscripción abierta**, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)** dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mudó fuera de nuestra área de servicios,
- sus requisitos de elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o Ayuda Adicional (Extra Help) cambian, **o**
- entró recientemente a una institución o actualmente recibe atención en una institución (por ejemplo, un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se fue de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se fue.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que aparecen a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados periodos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a: **Otro plan que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales integrado con doble elegibilidad (D-SNP) o un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) o plan PACE, si califica.**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Después de comunicarse con Medicare para cambiar de plan, Medicare trabajará con Healthy Connections Medicaid para hacer el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. • Llame al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. Puede cambiar a: **Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de fármacos recetados, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders, I- CARE) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud Medicare** durante determinados periodos del año, incluido el **período de inscripción anual** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members Si necesita asistencia u obtener información adicional: • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se llama Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE). Para obtener más información, visite www.aging.sc.gov. **O** Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. También puede visitar www.scchoices.com. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe cobertura de Healthy Connections Medicaid.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios al Miembro a través de los números que figuran en la parte inferior de la página. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual del miembro*

Su *Manual del miembro* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios para el 2026. Explica sus derechos y las reglas a cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos.

El *Manual del miembro* de 2026 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada del *Manual del miembro* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/ATC. También puede llamar a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página, para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro* de 2026 por correo.

Nuestro Sitio Web

Puede visitar nuestro sitio web en go.wellcare.com/ATC. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos* (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

H2. El corredor de inscripción estatal, South Carolina Healthy Connections Choices

El corredor de inscripción ayuda a las personas a elegir entre los diferentes planes de salud de Healthy Connections Medicaid, afiliarse, cambiar de plan o cancelar la membresía. El corredor de inscripción es South Carolina Healthy Connections Choices y no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Para obtener más información, visite www.scchoices.com.

H3. Cómo obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). En South Carolina, el SHIP se llama Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE).

Los asesores de I-CARE también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. I-CARE no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H4. Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si elige cancelar su membresía a nuestro plan es inscribirse a otro plan Medicare, el sitio web de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad (calificaciones de estrellas) para ayudarlo a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare disponibles en su área con el buscador de planes Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Find plans”).

Medicare y Usted 2026

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2026.* Este manual se les envía por correo a las personas con Medicare anualmente, en el otoño. El manual incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o solicitarla al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Healthy Connections Medicaid

El número de teléfono de Healthy Connections Medicaid es 1-888-549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. Healthy Connections Medicaid puede ayudarlo o comunicarlo con alguien que pueda ayudarlo.

H6. Cómo obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

La QIO se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada Acentra Health. Acentra Health no está relacionada con nuestro plan. Puede llamar a Acentra Health al 1-888-317-0751 (TTY: 711). Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 del *Manual del miembro*.

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 1-833-998-5063 (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 1-833-998-5063 (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: 1-833-998-5063 (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 1-833-998-5063（TTY：711）。

繁體中文 注意：我們爲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 1-833-998-5063 (TTY：711)。

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 1-833-998-5063 (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 1-833-998-5063 (TTY : 711).

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 1-833-998-5063 (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 1-833-998-5063 (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 1-833-998-5063 (TTY: 711).

4591952_NA6WCMINSMLT_M_SCHE 07/25

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 1-833-998-5063 (TTY: 711).

ગુજરાતી ધ્યાન આપવાની જરૂર છે: તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની મફત સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. ઍક્સેસ કરી શકાય તેવાં ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-833-998-5063 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

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 1-833-998-5063 (TTY: 711).

العربية انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجانًا مساعِدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-833-998-5063 (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. 1-833-998-5063 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

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. 1-833-998-5063 (TTY: 711) पर कॉल करें.

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 1-833-998-5063 (TTY: 711).