

**Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan, (D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal ofrecido por Health Plan of San Mateo**

## ***Aviso anual de cambios para 2026***

### **Introducción**

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información acerca de ellos. Para obtener información adicional sobre los costos, beneficios o reglas, por favor consulte el *Manual del miembro*, el cual se encuentra publicado en nuestro sitio web en [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible en forma gratuita en inglés, español, chino y tagalo.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios en forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.
  - *Para obtener materiales en otro idioma que no sea inglés y/o en otro formato, tanto ahora como en el futuro, envíe un email a [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. O envíe una solicitud por escrito a:*

*HEALTH PLAN OF SAN MATEO  
CAREADVANTAGE UNIT  
801 GATEWAY BLVD. SUITE 100  
SOUTH SAN FRANCISCO, CA 94080*

- *Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para su futura correspondencia, por lo que no necesita solicitarlos cada vez, y*

---

Aprobación de OMB 0938-1444 (Vence el: 30 de junio de 2026)

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





**1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**

**1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**

**中國人 (Chinese):** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**。这些服务都是免费的。

**(Farsi)** خواهيد به زبان خود کمک توجه: اگر می مطلب به زبان فارسی **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط **1-866-880-0606** بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



**Hmoob (Hmong):** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本(Japanese):** 注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ພາສາລາວ (Lao):** ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂ  
**1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ



ເຂົ້ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່  
ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien:** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-**



**0606 (TTY: 1-800-735-2929).**ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog:** ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Libre ang mga serbisyong ito.



**แบบไทย (Thai):** โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่างๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**українською (Ukrainian):** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.



## Otros idiomas

Puede obtener este *Manual del miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. CareAdvantage proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**; TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**. La llamada es gratuita. Lea este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

## Otros formatos

Puede obtener esta información, de forma oportuna, en otros formatos, como Braille, letra grande de 20 puntos y audio, y en formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo para usted. Llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**; TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**. La llamada es gratuita.

## Servicios de intérprete

CareAdvantage brinda servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No tiene que recurrir a un familiar o amigo como intérprete. No se recomienda utilizar a menores como intérpretes, excepto en casos de emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. La ayuda está a su disposición las 24 horas del día,

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



los 7 días de la semana. Para recibir ayuda en varios idiomas u obtener este manual en un idioma distinto, llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000** o marque **7-1-1**. La llamada es gratuita.

## Índice

A. Deslinde de responsabilidades .....	11
B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Medi-Cal para el año próximo.....	11
B1. Información sobre el Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) CareAdvantage.....	11
B2. Cosas importantes que debe hacer.....	12
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red .....	13
D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo .....	14
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	14
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos .....	14
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	17
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” .....	18
E. Cambios administrativos .....	18
F. Selección de un plan .....	19
F1. Permanencia en nuestro plan.....	19
F2. Cambio de planes .....	19
G. Cómo obtener ayuda .....	24
G1. Nuestro plan .....	24
G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) .....	24

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). 9



G3. Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas .....24

G4. Medicare.....25

G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....26

G6. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare .....26



---

## A. Deslinde de responsabilidades

El plan de necesidades especiales doble (D-SNP) CareAdvantage (CareAdvantage Dual Special Needs Plan, D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en CareAdvantage depende de la renovación del contrato.

- ❖ Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame al Departamento de CareAdvantage o lea el Manual del miembro. Esto quiere decir que usted podría tener que pagar algunos servicios y que es necesario que siga ciertas reglas para que CareAdvantage pague los servicios que usted recibe.
- ❖ La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar algún cambio que le afecte a usted.
- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Los copagos o los medicamentos con receta pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Por favor, comuníquese con el plan para obtener más detalles.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Medi-Cal para el año próximo

Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no cubre sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios a sus beneficios para el año próximo.

Si usted opta por retirarse de nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que haya presentado su solicitud. De todas maneras seguirá formando parte de los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con los requisitos.

Si sale de nuestro plan, puede obtener información acerca de sus:

- Opciones de Medicare en la tabla que aparece en la **Sección F2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.

### B1. Información sobre el Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) CareAdvantage

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- El Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) CareAdvantage (CareAdvantage Dual Special Needs Plan, D-SNP) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando el *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan de Medicare Medi-Cal.

## **B2. Cosas importantes que debe hacer**

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y en los costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están a un nivel distinto de costos compartidos? ¿Puede usted utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio como por ejemplo autorización previa, terapia de pasos o límites de la cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico acerca de alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto le puede ahorrar en costos de desembolso anuales durante todo el año.



- Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos en nuestra red, incluidos sus especialistas? ¿Y también su farmacia? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto desembolsará por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza regularmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.**

#### **Si decide permanecer en CareAdvantage:**

Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es muy fácil. No tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, quedará automáticamente inscrito en CareAdvantage.

#### **Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura va a satisfacer mejor sus necesidades, tal vez pueda cambiarse de plan (consulte la **sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o cambia su nueva cobertura al Plan de Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

---

## **C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red**

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan dispone de una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Por favor consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2026*** para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia forman parte de nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). También puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números indicados en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Si desea más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* o llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página para obtener ayuda.

## D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo

### D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año modificaremos la cobertura de ciertos beneficios. La siguiente tabla describe estos cambios.

Beneficio	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)	\$95 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta se acumula para el trimestre siguiente.	\$75 cada tres meses. El saldo no utilizado en la tarjeta no se acumula para el trimestre siguiente.
Beneficio de alimentos saludables	\$70 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta se acumula para el trimestre siguiente.	\$25 cada tres meses. El saldo no utilizado en la tarjeta no se acumula para el trimestre siguiente.

### D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

#### Cambios en nuestra *lista de medicamentos*

Puede encontrar una *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)* actualizada en nuestro sitio web en [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). También puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números indicados en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o solicitar que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se conoce con el nombre de *Lista de medicamentos aprobados*.

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Hemos introducido cambios en nuestra *Lista de medicamentos aprobados*, lo cual podría incluir eliminar o agregar medicamentos, realizar cambios en los medicamentos que cubrimos y realizar cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la *Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el año próximo* y para indagar si se aplicarán restricciones.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* empiezan a aplicarse al iniciar cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por Medicare y/o el estado y que lo afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* al menos una vez al mes con el fin de brindarle la versión más reciente. Si hacemos algún cambio que va a afectar un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso acerca de dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos:

- Consultar con su médico (u otra persona autorizada para expedir recetas) a fin de encontrar otro medicamento que sí cubramos.
  - Puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números indicados en la parte inferior de la página para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma condición.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionarle a usted.
- Colaborar con su médico (u otra persona autorizada para expedir recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción a fin de cubrir el medicamento.
  - Usted puede solicitar una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que expida la receta).
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* o llame al Departamento de CareAdvantage a los números indicados en la parte inferior de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo contactar a su coordinador de atención médica.
- Solicítenos que cubramos un suministro temporal del medicamento.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal es por hasta 30 días. (Para obtener más información sobre cómo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro*).
- Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y se le cubra su medicamento actual.

Si en 2025 se le concedió una excepción para cubrir un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)*, tendrá que solicitar otra excepción cuando esa excepción se haya vencido.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden resultarle nuevos. Para obtener las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su *Manual del miembro*. La Administración Federal de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) también proporciona información sobre medicamentos al consumidor. Visite el sitio web de la FDA: [www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). Para obtener más información, también puede comunicarse con el Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página o bien consultar a su proveedor de atención médica, persona autorizada para recetar o farmacéutico.

### Cambios en los costos de los medicamentos

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según lo dispuesto por nuestro plan. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando le surten o le resurten una receta médica. Estas son las dos etapas:

<b>Etapas 1</b> <b>Etapas de cobertura inicial</b>	<b>Etapas 2</b> <b>Etapas de cobertura catastrófica</b>
<p>Durante esta etapa, el plan paga parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que a usted le corresponde se llama copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando le surten su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de desembolso.</p>

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



La Etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de desembolso por medicamentos asciende a **\$2,100**. En ese momento, inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto va a pagar por los medicamentos.

De acuerdo con el Programa de descuento de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca de la Parte D y los medicamentos biológicos cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento de fabricantes no se tienen en cuenta para los fines de los costos de desembolso.

### **D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”**

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. La parte que a usted le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el cual se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Usted paga un copago cada vez que le surtan una receta médica. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio menor.

La siguiente tabla muestra sus costos por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros dos (2) niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted está en la Etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información acerca de los costos de las vacunas, o información para un suministro a largo plazo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual del miembro*.



	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<p><b>Medicamentos en el Nivel 1</b> (<i>medicamentos genéricos</i>)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 1 que le surten en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0/\$1.60/\$4.90 por cada receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0/\$1.60/\$5.10 por cada receta médica.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 2</b> (medicamentos de marca)</p> <p>Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 2 que le surten en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0/\$4.80/\$12.15 por cada receta médica.</b></p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0/\$4.90/\$12.65 por cada receta médica.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de desembolso asciende a **\$2,100**. En ese momento se inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto va a pagar por los medicamentos.

#### **D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando usted llega al límite de los costos de desembolso de **\$2,100** por sus medicamentos, se inicia la Etapa de cobertura catastrófica y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información acerca de sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del miembro*.

## **E. Cambios administrativos**

En 2026 haremos los siguientes cambios administrativos. Este programa ayuda a las personas que tienen demasiados copagos por medicamentos en un mes determinado. Sin embargo, el programa no bajará sus costos de desembolso totales; más bien, los distribuirá en forma uniforme durante el año como pagos mensuales.

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<b>Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare</b>	El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que dio inicio este año que puede ayudarle a administrar sus costos de desembolso para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre).	Si usted participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para seguir en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.

## F. Selección de un plan

### F1. Permanencia en nuestro plan

Esperamos seguir contando con su membresía en el plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que usted se inscriba en un plan diferente de Medicare o cambia al Plan de Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2026.

### F2. Cambio de planes

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden dar por terminada su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como tiene Medi-Cal, puede dar por terminada su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Podría haber otras circunstancias en las que usted puede realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para la cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional cambió, o
- usted se trasladó recientemente a una institución (como un centro de atención especializada de enfermería o un hospital de atención a largo plazo) o está recibiendo atención en ella. Si salió recientemente de una institución, puede cambiar de plan o elegir el Plan de Medicare Original durante dos meses completos posteriores al mes en que salió.

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare en cualquier mes del año, que se enumeran a continuación. Tiene una opción adicional, indicada a continuación, durante ciertos momentos del año, que incluyen el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, usted dará por terminada automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Espere personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y de Medi-Cal en un solo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, lo cual incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un Programa de atención integral para las personas mayores (PACE), si usted reúne los requisitos.</b></p> <p><b>Nota:</b> El término “Plan Medi-Medi” es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California.</p>	<p><b>Esto es lo que hay que hacer:</b></p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el Programa de atención integral para las personas mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="https://www.hicapsanmateocounty.org/">https://www.hicapsanmateocounty.org/</a></li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.</p>
--	---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>El Plan de Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare aparte</b></p>	<p><b>Esto es lo que hay que hacer:</b></p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="https://www.hicapsanmateocounty.org/">https://www.hicapsanmateocounty.org/</a></li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando empiece su cobertura del Plan de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
---	--



<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>El Plan Original de Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare aparte</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia al Plan de Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="https://www.hicapsanmateocounty.org/">https://www.hicapsanmateocounty.org/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que hay que hacer:</b></p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="https://www.hicapsanmateocounty.org/">https://www.hicapsanmateocounty.org/</a>.</li></ul> <p>Cuando empiece su cobertura del Plan de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
--	--



<p><b>4. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Cualquier plan de salud de Medicare</b> durante ciertas fechas del año, que incluyen el <b>periodo de inscripción abierta</b> y el <b>periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage</b> u otras situaciones que se describen en la Sección A.</p>	<p><b>Esto es lo que hay que hacer:</b></p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="https://www.hicapsanmateocounty.org/">https://www.hicapsanmateocounty.org/</a></li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, se cancelará automáticamente su membresía a nuestro plan de Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal podría cambiar.</p>
--	--

### **Sus servicios de Medi-Cal**

Si tiene preguntas acerca de cómo elegir un plan de Medi-Cal o recibir sus servicios de Medi-Cal después de que deja nuestro plan, comuníquese con Health Care Options llamando al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar al Plan de Medicare Original afecta su cobertura de Medi-Cal.



## G. Cómo obtener ayuda

### G1. Nuestro plan

Si tiene alguna pregunta, estamos a sus órdenes para ayudarlo. Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen en la parte inferior de la página durante los días y horarios de operación indicados. Estas llamadas son sin costo.

#### Lea su *Manual del miembro*

Su *Manual del miembro* constituye la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para 2026. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del miembro* de 2026 estará disponible para el 15 de octubre. Un ejemplar actualizado del *Manual del miembro* está disponible en nuestro sitio web en [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). También puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números indicados en la parte inferior de la página para solicitar que le enviemos por correo un *Manual del miembro* de 2026.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos aprobados)*.

### G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Usted también puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP). En California, el SHIP se llama Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en cada condado y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222. (7-1-1). Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <https://www.hicapsanmateocounty.org/>.

### G3. Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas

Si tiene algún problema con nuestro plan, el Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal puede ayudarlo. Los servicios del oficial mediador y protector de los derechos de las personas son gratuitos y están disponibles en

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). 24



todos los idiomas. El Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal:

- puede responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer.
- se asegura de que usted tenga la información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El teléfono del Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal es el 1-855-501-3077.

#### **G4. Medicare**

Para obtener 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](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)
- escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

#### **Sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Si decide cancelar la membresía en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes.

También puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. Para obtener información sobre planes, consulte [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” (Buscar planes).

#### **Medicare y Usted 2026**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Cada año durante el otoño, este folleto es enviado por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones que brinda Medicare, y respuestas a las preguntas más comunes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). 25



## **G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, deberá llamar primero a su plan de salud al **1-866-880-0606** y seguir el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no prohíbe ningún derecho o recurso jurídico potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una reclamación de Medi-Cal que implique una emergencia, una reclamación de Medi-Cal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación de Medi-Cal que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También podría reunir los requisitos para que se realice una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) de sus beneficios de Medi-Cal. Si usted reúne los requisitos de una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono sin costo (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento en Internet es [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov).

Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual del miembro* para obtener más información.

## **G6. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare**

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de desembolso para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos como pagos mensuales a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Este programa no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), así como del Programa de ayuda de medicamentos para el VIH (ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, ofrecen más ventajas que participar en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare solamente. Todas las personas inscritas reúnen los requisitos para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, por favor comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que aparece al final de la página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

