

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), isang Medicare Medi-Cal Plan na iniaalok ng Health Plan of San Mateo

Taunang Abiso ng Pagbabago para sa 2026

Introduksiyon

Kasalukuyan kayong naka-enroll bilang miyembro ng aming plano. Sa susunod na taon, magkakaroon ng ilang pagbabago sa aming mga benepisyo, pagkakasakop, tuntunin, at gastusin. Ang *Taunang Abiso ng Pagbabago* na ito ang nagsasabi sa inyo ng mga pagbabago at kung saan makikita ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga ito. Para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gastusin, benepisyo, o patakaran, pakibasa ang *Aklat-Gabay ng Miyembro*, na nasa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Mga karagdagang mapagkukunan ng tulong at impormasyon

- Available nang libre ang dokumentong ito sa Ingles, Espanyol, Chinese, at Tagalog.
- Puwede ninyong makuha itong Taunang Abiso ng Pagbabago nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking print, braille o audio. Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag na ito.
 - *Para makakuha ng mga materyal sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mag-email sa CareAdvantageSupport@hpsm.org o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag na ito. O magpadala ng kahilingan sa pamamagitan ng sulat sa:*

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

OMB Approval 0938-1444 (Mag-e-expire sa: Hunyo 30, 2026)

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



- *Itatala ang gusto ninyong wika at format para sa mga mailing at komunikasyon sa hinaharap, kaya hindi na kailangan ng miyembro na humiling nang hiwalay sa bawat pagkakataon, at*
- *Para baguhin o kanselahin ang inyong mga kagustuhan, pakikontak ang Yunit ng CareAdvantage.*

Abiso ng Pagkakaroon ng Mga Serbisyo ng Tulong sa Wika at Mga Pansuportang Tulong at Serbisyo

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic): يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-**

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

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hlou 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 ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ 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.

Iba pang wika

Makukuha ninyo itong *Aklat-Gabay ng Miyembro* at iba pang materyal ng plano sa iba pang wika nang wala kayong babayaran. Nagbibigay ang CareAdvantage ng mga nakasulat na salin mula sa mga kuwalipikadong tagasalin. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang pagtawag. Basahin itong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman pa ang tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalaga sa kalusugan, tulad ng mga serbisyo ng tagasalin at pagsasaling-wika.

Iba pang format

Maagap ninyong makukuha ang impormasyong ito sa iba pang format, tulad ng braille, 20-point font na malalaking print, audio format, at mga accessible na electronic na format (data CD) nang wala kayong babayaran. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang pagtawag.

Mga serbisyo ng tagasalin

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



Ang CareAdvantage ay nagbibigay ng mga serbisyo sa pasalitang pagsasalin, pati na ang sign language, mula sa isang kuwalipikadong tagasalin, nang 24 na oras, nang wala kayong babayaran. Hindi ninyo kailangang magpatulong sa isang kapamilya o kaibigan para magsilbing tagasalin ninyo. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng mga menor de edad bilang mga tagasalin, maliban na lang kung emergency. May magagamit kayong libreng serbisyo ng tagasalin, pangwika at kultura. Makakahingi kayo ng tulong nang 24 oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Para sa tulong sa wika o para makuha ang aklat-gabay na ito sa ibang wika, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang pagtawag.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Mga Pagtatatwa (Disclaimers).....	11
B. Pagrepaso ng inyong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon.....	11
B1. Impormasyon tungkol sa CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP)	12
B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin.....	12
C. Mga pagbabago sa mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa aming samahan.....	14
D. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastusin para sa susunod na taon	15
D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastusin para sa mga medikal na serbisyo.....	15
D2. Mga pagbabago sa pagkakasakop ng gamot.....	15
D3. Yugto 1: “Unang Yugto ng Pagkakasakop”	18

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



D4. Yugto 2: “Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot” (Catastrophic Coverage).....	19
E. Mga pagbabago sa pangangasiwa.....	20
F. Pagpili ng plano.....	20
F1. Pananatili sa aming plano	20
F2. Pagpapalit ng plano.....	20
G. Paghingi ng tulong.....	26
G1. Aming plano.....	26
G2. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	26
G3. Programa ng Ombudsman.....	27
G4. Medicare.....	27
G5. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care)	28
G6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare	29



A. Mga Pagtatatwa (Disclaimers)

Ang CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na parehong nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga naka-enroll. Ang pagpapa-enroll sa CareAdvantage ay nakasalalay sa pagpapa-renew ng kontrata.

- ❖ Posibleng magkaroon ng mga limitasyon, copay, at mga paghihigpit. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o basahin ang Aklat-Gabay ng Miyembro. Ang ibig sabihin nito ay posibleng kailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo, at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na patakaran para bayaran ng CareAdvantage ang mga serbisyo sa inyo.
- ❖ Posibleng mabago ang Listahan ng Mga Sakop na Gamot at/o mga samahan ng parmasya at tagabigay ng serbisyo sa kabuuan ng taon. Padadalhan namin kayo ng abiso bago kami magsagawa ng pagbabagong makakaapekto sa inyo.
- ❖ Posibleng mabago ang mga benepisyo at/o copay tuwing Enero 1 ng bawat taon.
- ❖ Posibleng maiba ang copay o mga inireresetang gamot batay sa antas ng Karagdagang Tulong na matatanggap ninyo. Mangyaring kumontak sa plano para sa higit pang detalye.

B. Pagrepaso ng inyong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon

Mahalagang basahin ngayon ang inyong pagkakasakop para matiyak na matutugunan pa rin nito ang inyong mga pangangailangan sa susunod na taon. Kung hindi nito matutugunan ang inyong mga pangangailangan, maaari kayong umalis sa aming plano. Sumangguni sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa inyong mga benepisyo para sa susunod na taon.

Kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano, ang inyong membership ay matatapos sa huling araw ng buwan kung kailan isinagawa ang inyong kahilingan. Mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't karapat-dapat kayo.

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon F2**.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon F2**.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



B1. Impormasyon tungkol sa CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP)

- Ang CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na parehong nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal upang magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga miyembro.
- Kapag sinabi nitong *Taunang Abiso ng Pagbabago* ang mga salitang “kami,” “amin,” “namin,” o “aming plano,” nangangahulugan ito na Medicare Medi-Cal Plan.

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin

- **Tingnan kung may anumang pagbabago sa aming mga benepisyo at gastusin na posibleng makaapekto sa inyo.**
 - Mayroon bang anumang pagbabago na nakakaapekto sa mga serbisyong ginagamit ninyo?
 - Basahin ang mga pagbabago sa benepisyo at gastusin para matiyak na hindi ito makakaapekto sa inyo sa susunod na taon.
 - Sumangguni sa **Seksyon E1** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa benepisyo at gastusin para sa aming plano.
- **Tingnan kung mayroong anumang pagbabago sa pagkakasakop sa gamot na posibleng makaapekto sa inyo.**
 - Masasakop ba ang inyong mga gamot? Nasa ibang antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ba ang mga ito? Puwede pa rin ba kayong pumunta sa mga dating parmasya? Magkakaroon ba ng anumang pagbabago gaya ng paunang awtorisasyon, step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot), o mga limitasyon sa dami?
 - Basahin ang mga pagbabago para matiyak na magiging epektibo sa inyo ang aming pagkakasakop sa gamot sa susunod na taon.
 - Tingnan ang **Seksyon E2** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming pagkakasakop sa gamot.



- Posibleng nagmahal na ang gastusin sa inyong gamot mula noong isang taon.
 - Kausapin ang inyong doktor tungkol sa mas murang mapagpipilian na puwede ninyong makuha; posibleng makatipid kayo sa gastos mula sa sariling bulsa sa buong taon.
 - Tandaan na ang mga benepisyo sa inyong plano ang magtatakda kung magkano ang eksaktong magiging pagbabago sa mga gastusin ninyo sa gamot.
- **Tingnan kung kasali pa ang inyong mga tagabigay ng serbisyo at parmasya sa aming samahan sa susunod na taon.**
 - Nasa samahan ba namin ang inyong mga doktor, kabilang ang inyong mga espesyalista? Kasama rin ba ang inyong parmasya? Paano naman ang mga ospital o iba pang tagabigay ng serbisyo na ginagamit ninyo?
 - Sumangguni sa **Seksyon C** para sa impormasyon tungkol sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.
- **Pag-isipan ang inyong kabuuang gastusin sa plano.**
 - Magkano ang gagastusin ninyo mula sa bulsa para sa mga serbisyo at gamot na regular ninyong ginagamit?
 - Paano ninyo maihahambing ang kabuuang halaga sa iba pang mapagpipilian na pagkakasakop ng Medicare?
- **Pag-isipan kung nasisiyahan kayo sa plano namin.**



Kung magdedesisyon kayong manatili sa CareAdvantage:

Kung gusto ninyong manatili sa amin sa susunod na taon, madali lang ito – wala na kayong kailangang gawin. Kung wala kayong gagawing pagbabago, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll sa CareAdvantage.

Kapag nagdedesisyon kayong magpalit ng mga plano:

Kung magdedesisyon kayong mas angkop sa mga pangangailangan ninyo ang ibang pagkakasakop, baka makalipat kayo ng plano (sumangguni sa **Seksyon F2** para sa karagdagang impormasyon). Kung mag-e-enroll kayo sa bagong plano, o lilipat kayo sa Orihinal na Medicare, magsisimula ang inyong bagong pagkakasakop sa unang araw ng kasunod na buwan.

C. Mga pagbabago sa mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa aming samahan

Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa mga gamot ay nakabatay sa kung anong parmasya ang ginagamit ninyo. Ang aming plano ay may samahan ng mga parmasya. Sa karamihan ng mga pagkakataon, nasasakop *lang* ang inyong mga reseta kung pupunan ang mga ito sa isa sa mga parmasya na nasa aming samahan.

Nagbago na ang aming mga samahan ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya para sa 2026.

Pakibasa ang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya para sa 2026* para malaman kung nasa samahan namin ang inyong mga tagabigay ng serbisyo (tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, mga ospital, atbp.) o parmasya. Makikita ang updated na *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa updated na impormasyon ng tagabigay ng serbisyo o para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

Mahalagang alam ninyo na puwede rin kaming gumawa ng mga pagbabago sa aming samahan sa buong taon. Kung aalis sa aming plano ang inyong tagabigay ng serbisyo, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyon. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina para sa tulong.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



D. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastusin para sa susunod na taon

D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastusin para sa mga medikal na serbisyo

Binabago namin ang aming coverage para sa ilang partikular na benepisyo sa susunod na taon. Inilalarawan ng talahanayan sa ibaba ang mga pagbabagong ito.

Benepisyo	2025 (sa taong ito)	2026 (next year)
Over-the-counter (OTC) na Benepisyo	\$95 kada tatlong buwan. Ang hindi nagamit na card allowance ay dadalhin sa susunod na tatlong buwan.	\$75 kada tatlong buwan. Ang hindi nagamit na allowance ng card ay hindi madadala sa susunod na tatlong buwan.
Healthy Grocery Benepisyo	\$70 kada tatlong buwan. Ang hindi nagamit na card allowance ay dadalhin sa susunod na tatlong buwan.	\$25 kada tatlong buwan. Ang hindi nagamit na allowance ng card ay hindi madadala sa susunod na tatlong buwan.

D2. Mga pagbabago sa pagkakasakop ng gamot

Mga Pagbabago sa aming *Listahan ng mga Gamot*

May updated na *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa updated na impormasyon ng gamot o para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)*.

Ang *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ay tinatawag ding *Pormularyo*.

May mga binago kami sa aming *Pormularyo*, kung saan posibleng kasama ang pag-aalis o pagdaragdag ng mga gamot, pagbago sa mga gamot na sakop namin, at mga pagbabago sa mga paghihigpit na ipinapataw sa aming pagkakasakop sa ilang partikular na gamot.

Basahin ang *Listahan ng mga Gamot* para **matiyak na masasakop ang inyong mga gamot sa susunod na taon** at para malaman kung may anumang paghihigpit.

Karamihan sa mga pagbabago sa *Listahan ng mga Gamot* ay bago para sa simula ng bawat taon. Gayunpaman, posibleng gumawa kami ng iba pang pagbabago na pinapayagan ng Medicare at/o ng estado na makakaapekto sa inyo sa taon ng kalendaryo. Ina-update namin nang buwanan man lamang ang aming online na *Listahan ng mga Gamot* para maibigay ang

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



pinaka-updated na listahan ng mga gamot. Kung gagawa kami ng pagbabagong makakaapekto sa isang gamot na iniinom ninyo, papadalhan namin kayo ng abiso tungkol sa pagbabago.

Kung apektado kayo sa pagbabago sa pagkakasakop ng gamot, hinihikayat namin kayong:

- Kumonsulta sa inyong doktor (o iba pang tagareseta) para makahanap ng ibang gamot na sinasakop namin.
 - Puwede kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para humingi ng *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* na nagbibigay-lunas sa parehong kondisyon.
 - Makatutulong ang listahang ito sa inyong tagabigay ng serbisyo para makahanap ng sakop na gamot na posibleng epektibo sa inyo.
- Makipagtulungan sa inyong doktor (o ibang tagareseta) at hilingin sa amin na magkaroon ng eksepsiyon para masakop ang gamot.
 - Puwede kayong humiling ng eksepsiyon bago sumapit ang susunod na taon, at ibibigay namin sa inyo ang sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang nagbibigay-suportang pahayag ng inyong tagareseta).
 - Para malaman kung ano ang dapat ninyong gawin sa paghiling ng eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng page.
 - Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng eksepsiyon, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage. Sumangguni sa **Kabanata 2 at 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman pa kung paano makikipag-ugnayan sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga.
- Hilingin sa aming sakupin ang isang pansamantalang supply ng gamot.
 - Sa ilang sitwasyon, masasakop namin ang isang **pansamantalang** supply ng gamot sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.
 - Ang pansamantalang supply ay para sa hanggang 30 araw. (Para alamin pa ang tungkol sa kung kailan kayo puwedeng makakuha ng pansamantalang supply at kung paano humingi nito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.)

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



- Kapag nakakuha kayo ng pansamantalang supply ng gamot, makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa kung ano ang gagawin kapag naubos na ang inyong pansamantalang supply. Puwede kayong lumipat sa ibang gamot na sakop ng aming plano o humiling sa amin na gumawa ng eksepsiyon para sa inyo at sakupin ang inyong kasalukuyang gamot.

Kung binigyan kayo ng eksepsiyon noong 2025 para sakupin ang isang gamot na wala sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Formulary)*, kakailanganin ninyong humiling ng isa pang eksepsiyon kapag nag-expire na ang eksepsiyong inyon.

Posibleng bago sa inyo ang ilan sa mga uring ito ng gamot. Para sa mga depinisyon ng mga uri ng gamot, pumunta sa **Kabanata 12** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Nagbibigay rin ang Food and Drug Administration (FDA) ng impormasyong pang-konsumerista tungkol sa mga gamot. Sumangguni sa website ng FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina o puwede kayong humingi sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, tagareseta, o parmasyutiko para sa higit pang impormasyon.

Mga pagbabago sa mga gastusin sa gamot

Mayroong dalawang yugto ng pagbabayad para sa inyong pagkakasakop para sa gamot na sakop ng Medicare Part D na nasa ilalim ng aming plano. Nakabatay ang halagang ibabayad ninyo sa inyong yugto sa panahong magpapuno o muling magpapuno kayo ng reseta. Ang dalawang yugto ay:

Yugto 1 Unang Yugto ng Pagkakasakop	Yugto 2 Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot (Catastrophic Coverage)
Sa yugtong ito, babayaran ng aming plano ang bahagi ng mga gastusin sa inyong mga gamot, at kayo naman ang magbabayad ng inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang reseta para sa taon.	Sa yugtong ito, ang plano ang magbabayad sa lahat ng gastusin sa inyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2026. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakapagbayad na kayo ng isang partikular na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



Matatapos ang Unang Yugto ng Pagkakasakop kapag ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) para sa mga gamot ay umabot na sa **\$2,100**. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Ang plano namin ang sasagot sa lahat ng inyong gastusin sa gamot mula sa panahong ito hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga gamot.

Sa ilalim ng Programa ng Diskwento mula sa Manufacturer, ang mga manufacturer ng gamot ay magbabayad ng isang bahagi ng buong gastos ng aming plano para sa mga sakop na branded na gamot at biologic sa Bahagi D sa Unang Yugto ng Pagkakasakop at Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Hindi kasama sa mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) ang mga diskwentong binabayaran ng mga manufacturer sa ilalim ng programa ng Diskwento mula sa Manufacturer.

D3. Yugto 1: “Unang Yugto ng Pagkakasakop”

Sa Unang Yugto ng Pagkakasakop, babayaran ng aming plano ang parte nito sa gastusin para sa inyong mga sakop na gamot at babayaran ninyo ang inyong parte. Ang inyong bahagi ay tinatawag na copay (kabahagi sa binabayaran). Nakadepende ang copay sa kung nasaang antas sa cost-sharing (hatian ng gastos) nabibilang ang gamot at kung saan ninyo kinukuha ito. Magbabayad kayo ng copay sa tuwing kukuha kayo ng reseta. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Ipinapakita ng sumusunod na talahanayan ang mga gagastusin ninyo para sa isang buwang supply na pinuno sa isang parmasya ng samahan na may mga karaniwang copay sa bawat isa sa dalawa (2) naming antas (tier) ng gamot. Nalalapat **lang** ang mga halagang ito kapag kayo ay nasa Unang Yugto ng Pagkakasakop.

Sakop ang karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D nang wala kayong babayaran.

Para sa impormasyon tungkol sa mga gastusin sa mga bakuna, o impormasyon para sa pangmatagalang supply, pumunta sa **Kabanata 6, Seksyon D** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



	2025 (ngayong taon)	2026 (susunod na taon)
Mga Gamot sa Antas 1 <i>(mga generic na gamot)</i> Gastusin para sa isang buwang supply ng gamot sa Antas 1 na pinupunan sa parmasya ng samahan	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0/\$1.60/\$4.90 kada reseta.	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0/\$1.60/\$5.10 kada reseta.
Mga Gamot sa Antas 2 <i>(may tatak na mga gamot)</i> Gastusin para sa isang buwang supply ng gamot sa Antas 2 na pinupunan sa parmasya ng samahan	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0/\$4.80/\$12.15 kada reseta.	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0/\$4.90/\$12.65 kada reseta.

Matatapos ang Unang Yugto ng Pagkakasakop kapag umabot na ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) sa **\$2,100**. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Ang plano ang sasagot sa lahat ng inyong gastusin sa gamot mula sa panahong ito hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga gamot.

D4. Yugto 2: “Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot” (Catastrophic Coverage)

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon ng gastos mula sa bulsa na **\$2,100** para sa inyong mga gamot, magsisimula ang Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot at wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na gamot. Mananatili kayo sa Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga gastusin sa Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot, sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



E. Mga pagbabago sa pangangasiwa

Gagawin namin ang sumusunod na pagbabago sa pangangasiwa para sa 2026. Tumutulong ang programang ito sa mga may napakalalaking copay sa gamot para sa isang partikular na buwan. Gayunpaman, hindi nito mapapababa ang inyong kabuuang mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost); sa halip, ikakalat nito nang pantay ang inyong mga gastos sa buong taon bilang mga buwanang pagbabayad.

	2025 (ngayong taon)	2026 (susunod na taon)
Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare	Isang opsyon sa pagbabayad ang Plano sa Pagbabayad ng Inireresetang Gamot ng Medicare na nagsimula ngayong taon at makakatulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) para sa mga gamot na sakop ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati sa mga ito para mabayaran sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre).	Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Inireresetang Gamot ng Medicare at mananatili kayo sa parehong plano, wala kayong kailangang gawin para manatili sa Plano sa Pagbabayad ng Inireresetang Gamot ng Medicare.

F. Pagpili ng plano

F1. Pananatili sa aming plano

Umaasa kaming mapanatili kayong miyembro ng plano. Wala kayong kailangang gawin para manatili sa aming plano. Maliban kung nagpalista kayo sa ibang plano ng Medicare o lumipat kayo sa Orihinal na Medicare, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll bilang miyembro ng plano namin para sa 2026.

F2. Pagpapalit ng plano

Karamihan sa mga taong may Medicare ang maaari lang magwakas ng membership sa mga partikular na bahagi ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, puwede ninyong tapusin ang inyong membership sa aming plano anumang buwan ng taon.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kuwalipikado kayong gumawa ng pagbabago sa inyong pagkaka-enroll. Halimbawa, kapag:

- umalis kayo sa aming pinaglilingkurang lugar,
- nabago ang pagiging kuwalipikado ninyo para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong, o
- kakalipat lang ninyo o kasalukuyan kayong inaalagaan sa isang institusyon (gaya ng pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o ospital para sa matagalang pangangalaga). Kung umalis kayo kamakailan sa isang institusyon, puwede kayong magpalit ng plano o lumipat sa Orihinal na Medicare nang dalawang buong buwan pagkalipas ng buwan ng pag-alis ninyo.

Ang mga serbisyo sa inyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong mapagpipilian para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksiyon F2**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong membership sa aming plano.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



1. Puwede kayong lumipat sa: Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Paraitosa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Inaayos ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kasama ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal o plano ng Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), kung kuwalipikado kayo. Tandaan: Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa mga naka-integrate na dalawang beses na kuwalipikao ng special needs plan (D-SNP) sa California.	Ito ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly; PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ O Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano. Magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal para tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.
--	---

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



2. Puwede kayong lumipat sa: Orihinal na Medicare na may nakahiwalay na plano ng Medicare para sa gamot	Ito ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ O Mag-enroll sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare. Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.
---	---



3. Puwede kayong lumipat sa: Orihinal na Medicare na walang nakahiwalay na plano sa gamot ng Medicare TANDAAN: Kapag lumipat kayo sa Orihinal na Medicare at hindi nagpa-enroll sa hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, posibleng i-enroll kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat lang ninyong tanggalin ang pagkakasakop sa gamot kung mayroon kayong pagkakasakop sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, gaya ng employer o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagkakasakop sa gamot, tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/.	Ito ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare. Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.
--	--



4. Puwede kayong lumipat sa: Anumang planong pangkalusugan ng Medicare sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll at ang Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage o iba pang sitwasyong inilalarawan sa Seksiyon A.	Ito ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/. O Mag-enroll sa bagong Medicare na plano. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano. Maaaring magbago ang Medi-Cal na plano ninyo.
---	---



Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano pipili ng Medi-Cal na plano o makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, kumontak sa Health Care Options sa 1-800-430-4263, Lunes – Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Orihinal na Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong pagkakasakop sa Medi-Cal.

G. Paghingi ng tulong

G1. Aming plano

Narito kami para tumulong kung mayroon kayong anumang tanong. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina sa mga nakalistang araw at oras na bukas. Toll-free ang mga tawag na ito.

Basahin ang inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*

Ang inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay isang legal at detalyadong paglalarawan ng mga benepisyo ng aming plano. May mga detalye ito tungkol sa mga benepisyo at gastos para sa 2026. Ipinapaliwanag nito ang inyong mga karapatan at patakarang kailangan ninyong sundin para makuha ang mga serbisyo at gamot na sakop namin.

Puwede nang makuha sa Oktubre 15 ang *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa 2026. Makikita ang updated na kopya ng *Aklat-Gabay ng Miyembro sa aming website* sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa 2026

Ang Aming Website

Puwede ninyong bisitahin ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Bilang paalala, nasa website namin ang pinaka-up to date na impormasyon tungkol sa aming samahan ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya (*Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*) at ang aming *Listahan ng mga Gamot (Pormularyo)*.

G2. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Puwede kayong tumawag sa Programa ng Estado sa Pagtulong sa Segurong Pangkalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



Counseling and Advocacy Program, HICAP). Makatutulong din sa inyo ang mga tagapayo ng HICAP para maintindihan ninyo ang mga mapagpipiliang plano at masagot ang mga tanong tungkol sa paglipat ng plano. Hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Ang HICAP ay may mga tinuruan na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222. (7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.hicapsanmateocounty.org/>.

G3. Programa ng Ombudsman

Makakatulong sa inyo ang Medicare Medi-Cal Ombudsman Program kung may problema kayo sa plano namin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman at available ang mga ito sa lahat ng wika. Gagawin ng Medicare Medi-Cal Ombudsman Program ang mga sumusunod:

- masasagot nila ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan nila kayong maintindihan kung ano ang gagawin.
- titiyakin nila na mayroon kayong impormasyong nauugnay sa inyong mga karapatan at proteksyon at kung paano ninyo malulutas ang inyong alalahanin.
- hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang numero ng telepono para sa Medicare Medi-Cal Ombudsman Program ay 1-855-501-3077.

G4. Medicare

Para makakuha ng direktang impormasyon mula sa Medicare;

- tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
- sumulat sa Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Website ng Medicare

Puwede kayong bumisita sa website ng Medicare (www.medicare.gov). Kung pipiliin ninyong umalis sa pagkaka-enroll sa aming plano o mag-enroll sa ibang Medicare na plano, ang website ng Medicare ay may impormasyon tungkol sa mga gastos, pagkakasakop, at rating ng kalidad para tulungan kayong magkumpara ng mga plano.

Makakahanap kayo ng impormasyon tungkol sa mga Medicare na plano na mayroon sa inyong lugar sa pamamagitan ng Tagahanap ng Plano ng Medicare (Medicare Plan Finder) sa website

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



ng Medicare. (Para sa impormasyon tungkol sa mga plano, sumangguni sa www.medicare.gov at mag-click sa “Maghanap ng mga plano.”)

Medicare & You (Ikaw at ang Medicare) 2026

Puwede ninyong basahin ang aklat-gabay na *Medicare & You (Ikaw at ang Medicare) 2026*. Tuwing taglagas taon-taon, ipinadadala ang libritong ito sa pamamagitan ng koreo sa mga taong may Medicare. Mayroon itong buod ng mga benepisyo ng Medicare, mga karapatan at proteksiyon, at mga sagot sa mga madalas na tanong tungkol sa Medicare. Available din ang aklat-gabay na ito sa Espanyol, Chinese, at Vietnamese.

Kung wala kayong kopya ng booklet na ito, puwede ninyo itong makuha sa website ng Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o sa pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

G5. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care)

Ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care, DMHC) ang siyang may responsibilidad para sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan. Kung may karaingan kayo sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-866-880-0606** at dapat ninyong gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago kayo makipag-ugnayan sa departamento. Hindi hinahadlangan ng prosesong ito para sa karaingan ang anumang mga posibleng karapatang legal o remedyo na puwede ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan sa Medi-Cal kaugnay ng isang emergency, isang karaingan sa Medi-Cal na hindi lubusang nalutas ng aming planong pangkalusugan, o isang karaingan sa Medi-Cal na hindi pa rin nalulutas pagkalipas ng mahigit 30 araw, puwede ninyong tawagan ang departamento para sa tulong. Puwede rin kayong maging karapat-dapat sa isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR) para sa mga benepisyo ng Medi-Cal. Kung kuwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso para sa IMR ng walang kinikilingang pagrerepaso ng mga desisyong medikal na ginawa ng planong pangkalusugan at may kinalaman sa medikal na pangangailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagkakasakop ng paggamot na eksperimental o para sa pag-iimbestiga, at mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kahinaan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng departamento ay www.dmhca.gov.

Sumangguni sa **Kabanata 9, Seksyon F4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



G6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare

Isang opsyon sa pagbabayad ang Plano sa Pagbabayad ng Inireresetang Gamot ng Medicare na makakatulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) para sa mga gamot na sakop ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati sa mga ito para mabayaran sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre). Hindi kayo makakatipid sa programang ito o hindi nito mapapababa ang mga gastos ninyo sa gamot.

Ang “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare at tulong mula sa programa ng inyong estado para sa pagtulong sa gamot (state pharmaceutical assistance program, SPAP) at sa Programa ng Pagtulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare lang. Kwalipikadong sumali sa programang ito ang lahat ng naka-enroll, anuman ang antas ng kita. Para alamin pa ang tungkol sa programang ito, pakikontak kami sa numero sa ibaba ng pahinang ito o bisitahin ang www.medicare.gov.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.

