



CAMBIOS IMPORTANTES EN SU PLAN

☎ Número telefónico gratuito: 1-866-880-0606
Local: 650-616-2174
TTY: 1-800-855-3000 o marque el 7-1-1

🌐 www.hpsm.org/careadvantage

¿Tenemos la dirección postal correcta para usted?

Si no es así, háganoslo saber para que podamos mantenerlo informado sobre sus beneficios.

CareAdvantage *by*
 **HealthPlan**
OF SAN MATEO

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blanko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 650.616.0050

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org

25 de septiembre de 2024

Cambios en su plan de atención médica en 2025

Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP) de CareAdvantage

Estimado(a) miembro:

Gracias por ser miembro de CareAdvantage de Health Plan of San Mateo. Este es el Aviso anual de cambios (ANOC) que se envía por correo para 2025. Le informa sobre cambios importantes en su plan y lo que pagará por el próximo año.

Asegúrese de leer este aviso. Si aún tiene preguntas sobre los cambios para 2025, llame a la Unidad CareAdvantage al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929** o marque **7-1-1**). El horario del centro de llamadas es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a sábado.

Health Plan of San Mateo

¡Haga de la vacuna contra la gripe una prioridad este año! ¡Pregúntele también a su proveedor de atención médica sobre otras vacunas!

Pregúntele a su proveedor de atención médica si necesita la vacuna contra la neumonía. La vacuna contra la neumonía ayuda a protegerlo de las bacterias comunes que causan neumonía. Puede recibir la vacuna en su proveedor de atención médica o farmacia. Para obtener más información, visite <https://www.hpsm.org/flu>.

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 2025

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. 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 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

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



- *Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para su futura correspondencia, por lo que no necesita solicitarlos cada vez, y*
- *Para efectuar cambios o cancelar sus preferencias, por favor póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage.*

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): Ուժեղ օգնություններ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **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: Չանզանահարեք **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**។ ជំនួយ



និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រៀង ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606**

(TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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 فارسی زبان به مطلب تماس **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** دریافت کنید، با بگیريد. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط **1-866-880-0606** بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیريد. این خدمات رایگان ارائه **(TTY:1-800-735-2929)** می شوند.

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:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ ບ **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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 hluo 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.

Índice

A. Deslinde de responsabilidades	9
B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Medi-Cal para el año próximo	9
B1. Información sobre el Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) CareAdvantage.....	10
B2. Cosas importantes que debe hacer	10
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red	12

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo	12
D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos	12
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta	13
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	16
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	17
E. Cambios administrativos	18
F. Selección de un plan	18
F1. Permanencia en nuestro plan	18
F2. Cambio de planes	19
G. Cómo obtener ayuda.....	24
G1. Nuestro plan	24
G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....	24
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 año próximo. 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. Usted de todas maneras seguirá formando parte de los programas Medicare y Medi-Cal mientras mantenga su elegibilidad.

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**.

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



B1. Información sobre el Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) 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.
- La cobertura bajo CareAdvantage es una cobertura médica que reúne los requisitos de la llamada "cobertura esencial mínima". Satisface el requisito de responsabilidad individual compartida que impone la Ley de protección de pacientes y del cuidado de salud a bajo precio (ACA). Sírvase visitar el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información acerca del requisito de responsabilidad compartida individual.
- 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 D1** para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en la cobertura de los medicamentos con receta que puedan afectarle.**
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿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 D2** 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 usted decide permanecer en CareAdvantage:

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

Si usted 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 con receta pueden depender 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 las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2025.

Por favor revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* para averiguar si sus proveedores o su farmacia están en nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en 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. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* para obtener más información.

D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

No hay cambios en sus beneficios ni en las cantidades que debe pagar por los servicios médicos. Nuestros beneficios y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos serán en 2025 exactamente los mismos que en 2024.

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficio de medicamentos que no requieren receta (OTC)	\$90 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta no se transfiere.	\$95 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta se transfiere al próximo período de tres meses.
Beneficio de alimentos saludables	\$65 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta no se transfiere.	\$70 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta se transfiere al próximo período de tres meses.
Dispositivo de alerta médica	El dispositivo de alerta médica no está cubierto.	El dispositivo de alerta médica está cubierto.
Traslados del Programa de Membresía de Fitness	Los traslados del Programa de Membresía de Fitness no están cubiertos	Se cubren 12 traslados de ida por mes para el Programa de Membresía de Fitness. (Los usuarios deben seguir todas las reglas del Beneficio de traslados de HPSM).

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Cambios en nuestra *lista de medicamentos*

En nuestro sitio web se puede encontrar una *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)* actualizada en 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)*.

Hemos introducido cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, lo cual podría incluir la eliminación o el agregado de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



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 del plan. 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 al respecto.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, lo alentamos a:

- 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 o con su administrador de atención. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención.
- Solicítenos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



- 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 2024 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.

Actualmente podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo y con las mismas reglas o con menos reglas que las que se aplican al medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando añadimos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de medicamentos*, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costo compartido, o bien agregar nuevas reglas, o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar de inmediato productos biológicos originales por medicamentos biosimilares determinados. Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por uno biosimilar, posiblemente no va a recibir el aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos o no va a recibir el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, recibirá de todos modos información sobre el cambio específico que hayamos realizado pero tal vez le llegue después de la aplicación del cambio.

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. Consulte el sitio web de la FDA: 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, farmacéutico u otra persona autorizada para recetar.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



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

<p style="text-align: center;">Etapas</p> <p style="text-align: center;">Etapas de cobertura inicial</p>	<p style="text-align: center;">Etapas</p> <p style="text-align: center;">Etapas de cobertura catastrófica</p>
<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 2025.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de desembolso.</p>

La Etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de desembolso por medicamentos con receta asciende a **\$2,000**. 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 con receta.

A partir de 2025, 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. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento de fabricantes no se tienen en cuenta a los fines de los costos de desembolso.

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos con receta 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.

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

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



La siguiente tabla muestra sus costos por medicamentos en cada uno de nuestros 2 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted está en la Etapa de cobertura inicial.

	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
<p>Medicamentos en el Nivel 1 <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 \$0, \$1.55 o \$4.50 por cada receta médica.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$1.60 o \$4.90 por cada receta médica.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 2 <i>(medicamentos de marca)</i></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 \$0, \$4.60 u \$11.20 por cada receta médica.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$4.80 o \$12.15 por cada receta médica.</p>

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de desembolso asciende a **\$2,000**. 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 con receta.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

A partir de 2025, 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 catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento de fabricantes no se tienen en cuenta a los fines de los costos de desembolso.

Cuando usted llega al límite de los costos de desembolso de **\$2,000** por sus medicamentos con receta, se inicia la Etapa de cobertura catastrófica y usted no paga nada por sus medicamentos

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



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 2025 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.

	2024 (este año)	2025 (el año próximo)
Plan de pagos por medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare puede ayudarle a administrar sus costos por medicamentos distribuyéndolos durante el año como pagos mensuales. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros llamando al número que aparece al final de la página o visite www.medicare.gov .

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. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o si se cambia al Plan de Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2025.

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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



F2. Cambio de planes

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medi-Cal, puede terminar su membresía en nuestro plan o trasladarse a un plan diferente en una ocasión durante cada uno de los siguientes periodos especiales de inscripción:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los periodos siguientes:

- El **periodo anual de inscripción**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan inicia el 1 de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, el cual dura del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan inicia el primer día del siguiente mes.

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.

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 anual de inscripción** 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>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de Medicare Medi-Cal (Plan de Medi-Medi), que es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y de Medi-Cal en un solo plan. Los Planes de Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, lo cual incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.</p> <p>Nota: El término “Plan de Medi-Medi” es el nombre para los planes de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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">• 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 https://www.hicapsanmateocounty.org/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan de 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 de Medi-Medi.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>El Plan de Medicare Original con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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">• 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 https://www.hicapsanmateocounty.org/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Automáticamente se cancelará su inscripción de nuestro plan cuando comience su cobertura del Plan de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



3. Puede cambiar a:

El Plan de Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado

NOTA: Si cambia al Plan de Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no quiere inscribirse.

Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos con receta 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 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>.

Esto es lo que hay que hacer:

Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

- 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 <https://www.hicapsanmateocounty.org/>

Automáticamente se cancelará su inscripción de nuestro plan cuando comience su cobertura del Plan de Medicare Original.

Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.



<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, que incluyen el periodo anual de inscripción y el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones que se describen en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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">• 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 https://www.hicapsanmateocounty.org/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se cancela automáticamente su membresía a nuestro plan de Medicare cuando empieza la cobertura de su nuevo plan.</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.



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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage

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 gratuitas.

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 2025. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos.

El *Manual del miembro* de 2025 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. 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 2025.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en 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. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el **1-800-434-0222**. (TTY **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 Ombuds 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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



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

- funciona como un defensor en nombre de usted. Ellos pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
- se aseguran de que usted tenga la información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- el programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El teléfono del Programa Ombuds del oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal es **1-855-501-3077**.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sitio web de Medicare

Usted 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 ayudarle 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 y haga clic en “Find plans” (Buscar planes).

Medicare y Usted 2025

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2025*. 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) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage



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 que implique una emergencia, una reclamación que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para que se realice una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). 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. En el sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de una IMR e instrucciones en línea. 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 puede ayudarle a administrar sus costos por medicamentos distribuyéndolos durante el año como pagos mensuales. Este programa no reduce sus costos de desembolso totales. 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, comuníquese con nosotros llamando al número que aparece al final de la página o visite **Medicare.gov**.



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blanko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MATERIALES PARA MIEMBROS Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP) de CareAdvantage

Todos los materiales para miembros están disponibles en línea en www.hpsm.org.
Para solicitar copias impresas, complete el siguiente formulario y envíelo por correo a HPSM.
Esto es opcional: envíe el formulario por correo solo si desea materiales impresos.

Materiales que puede pedir

Resumen de beneficios En este documento se explican brevemente los beneficios y servicios de CareAdvantage, y se brindan respuestas a las preguntas frecuentes, información de contacto y una descripción de sus derechos como miembro. Consúltelo en línea en www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials.

Manual para miembros Se explica la cobertura de CareAdvantage, incluidos los servicios de atención médica, la cobertura de medicamentos recetados y más. Consúltelo en línea en www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials.

Directorio de proveedores Incluye una lista de todos los médicos, especialistas y farmacias (proveedores) de la red CareAdvantage. Busque el Directorio de proveedores en línea en www.hpsm.org/directory-search.

Listado de medicamentos Incluye una lista de los medicamentos que cubre CareAdvantage. Úselo para averiguar si sus medicamentos están cubiertos. Busque el Listado de medicamentos en línea en www.hpsm.org/drug-search.

Si tiene preguntas sobre este formulario de solicitud, o si necesita ayuda para encontrar un médico o un medicamento, comuníquese con la Unidad de CareAdvantage, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., al **650-616-2174** o **1-866-880-0606**. TTY: **1-800-735-2929** o marque **7-1-1**.

.....*Corte aquí y envíe el formulario por correo a Health Plan of San Mateo*.....

Envíeme una copia impresa de los siguientes **materiales** de CareAdvantage:

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de beneficios | <input type="checkbox"/> Manual para miembros |
| <input type="checkbox"/> Directorio de proveedores | <input type="checkbox"/> Listado de medicamentos |

Nombre

Apellido

Dirección postal

Ciudad, estado, código postal

.....Corte aquí y envíe el formulario por correo a Health Plan of San Mateo.....



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blanko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley, HPSM cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles. HPSM no discrimina, excluye ni trata de manera diferente o ilícita a las personas por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

HPSM brinda:

- Medios de ayuda y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Unidad CareAdvantage de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

llamando al **1-866-880-0606**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, por favor comuníquese al TTY **1-800-855-3000** o **7-1-1**). Si lo solicita, podemos poner a su disposición este documento en braille, letra grande, formato electrónico o audio. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Health Plan of San Mateo
Attn.: CareAdvantage Unit
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA (RECLAMACIÓN)

Si usted considera que HPSM no ha cumplido con proporcionar estos servicios o de otra manera ha discriminado de manera ilícita en función de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una reclamación ante HPSM. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Contacto de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. llamando al **1-866-880-0606**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, comuníquese al TTY **1-800-855-3000** o **7-1-1**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

Health Plan of San Mateo
Attn.: Grievance and Appeals
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- En persona: Visite el consultorio de su médico o HPSM y diga que desea presentar una reclamación.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web de HPSM en grievance.hpsm.org.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención a la Salud en California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, sírvase llamar al **7-1-1 (Servicio de Transmisión de Mensajes)**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de queja están disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Por medios electrónicos: Envíe un email CivilRights@dhcs.ca.gov

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Si usted cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, sírvase llamar a TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- Por medios electrónicos: Visite el Portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

LANGUAGE TAGLINES

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 կրթություն: Չանգահարեք **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian): ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាពិការសម្រស់ ឬសម្រាប់ជនពិការច្រក ឬពិការសម្រស់សម្រាប់អារម្មណ៍ ក៏អាចមានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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) **مطلب به زبان فارسی** توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** نیز موجود است. 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:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ແລ້ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ 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**). ਅਪਹਜ 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 serbisyonang 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.

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Aviso de prácticas de privacidad

Health Plan of San Mateo (HPSM) se compromete a proteger su información de salud, que es cualquier información relacionada con:

- Su salud física o mental pasada o presente.
- Cualquier pago por servicios de salud que pueda identificarse con usted como individuo.

Algunos ejemplos de información de salud incluyen su nombre, fecha de nacimiento, diagnósticos, tratamientos médicos, reclamos médicos, raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de HPSM y sus derechos como miembro de HPSM con respecto a su información de salud. Aquí se explica:

- Cómo HPSM protege su información de salud de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Cómo HPSM puede usar y divulgar legalmente su información de salud. (“Usar” se refiere a la forma en que compartimos información dentro de HPSM. “Divulgar” se refiere a compartir información fuera de HPSM).
- Cómo puede acceder a su información de salud.

Este aviso *solamente* cubre las prácticas de privacidad de HPSM. Su proveedor puede tener diferentes políticas con respecto al uso y la divulgación de su información de salud creada en su consultorio.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame a Servicios para Miembros de HPSM al **1-800-750-4776**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los miembros con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al Servicio de Transmisión de Mensajes de California, (California Relay Service, CRS) al **1-800-735-2929** o **711**.

Requisitos legales de HPSM con respecto a la información de salud

Estamos obligados por ley a lo siguiente:

- Asegurarnos de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada.
- Entregarle este aviso de prácticas de privacidad.
- Seguir los términos del aviso vigente.

Cómo podemos usar o divulgar su información de salud

Las leyes estatales y federales permiten que HPSM use y divulgue la información de salud de nuestros miembros. A continuación se muestra una lista de los tipos de información de salud y ejemplos de uso o divulgación. No incluye todos los posibles usos y divulgaciones permitidos. No se pretende limitar los usos y divulgaciones permitidos por la ley. Sin embargo, todas las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud se clasificarán en uno u otro de estos tipos.

- **Pago por servicios de salud.** Revisamos su información de salud antes de aprobar el pago de un tratamiento que su proveedor solicitó para asegurarnos de que sea médicamente necesario.
- **Mejora de las operaciones de HPSM.** Podemos usar la información de salud de los miembros para revisar el

desempeño de nuestros proveedores y comparar la calidad de nuestros servicios con la de otros planes de salud. Hacemos esto de manera confidencial sin identificar a los miembros individuales.

- **Administración de la atención.** Compartir su información de salud con sus proveedores nos permite revisar sus tratamientos y medicamentos para asegurarnos de que no entren en conflicto entre sí.
- **Referencias de recursos.** Podemos identificar y recomendar beneficios, servicios o programas de HPSM en función de su información de salud.
- **Proveedores contratados que ayudan en nuestras operaciones.** Los proveedores contratados se comprometen a mantener la confidencialidad y seguridad de la información de salud, y a utilizarla únicamente para ayudarnos. Por ejemplo, contratamos a un “Administrador de beneficios de farmacia” y le proporcionamos la información que necesita para pagar las reclamaciones de farmacia de nuestros miembros.
- **Patrocinadores del programa de seguro médico.** Los empleadores y otras organizaciones tienen contratos con HPSM para que podamos proporcionar servicios de atención médica y pagar las reclamaciones. Se comprometen a mantener la confidencialidad y seguridad de la información de salud, y a utilizarla únicamente para ayudarnos. Si tiene un patrocinador del plan, es posible que se lo notifiquemos cuando se inscriba o se dé de baja de nuestro plan. También podemos divulgar su información de salud para que el patrocinador pueda auditar el desempeño de HPSM.
- **Miembros de la familia o personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar su información de salud a miembros de la familia u otras personas que paguen por su atención médica. Haremos esto si es necesario para permitirles pagar por su atención o tomar decisiones sobre su atención. Solo divulgamos su información de salud si usted está presente y está de acuerdo con ello, excepto cuando:
 - Su condición médica le impida tomar decisiones y creamos que divulgar su información sería lo mejor para usted.
 - Después de su muerte (a menos que nos diga antes que no compartamos su información).
- **Escuelas.** Es posible que se requiera legalmente que una escuela tenga un comprobante de vacunación para un estudiante que se inscribe o está inscrito en la escuela. En esos casos, podemos proporcionar a la escuela el registro de vacunación de ese estudiante.

Situaciones especiales

Divulgamos información de salud sobre usted en los siguientes casos:

- **Cuando lo exija la ley federal, estatal o local.**
- **Para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de los demás.** Solo divulgaríamos la información a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- **Si usted es miembro de las fuerzas armadas o veterano de guerra,** por exigencia de las autoridades militares o para ayudar a determinar su derecho a beneficios de veterano de guerra.
- **Si está bajo custodia de una institución penitenciaria,** como parte de la coordinación de su atención.
- **A los programas que ofrecen indemnizaciones a los trabajadores** y otros beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para actividades de salud pública,** como:
 - prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;

- denunciar el abuso o la negligencia infantil;
 - notificar nacimientos o defunciones;
 - informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - notificarle sobre retiros de productos que pueda estar usando;
 - notificarle si puede haber estado expuesto a una enfermedad o si puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad;
 - notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos esto si usted está de acuerdo o cuando lo autorice la ley.
- **A las agencias de supervisión de la salud** para las actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a la agencia pública responsable de supervisar las operaciones de HPSM. Estas actividades son necesarias para permitir que el gobierno supervise el sistema de atención médica y los programas gubernamentales de beneficios de salud.
 - **Para demandas y litigios** si así lo ordena un tribunal, una citación u otro proceso legal. Solo lo haremos después de haber intentado infructuosamente notificarle la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
 - **A funcionarios encargados de hacer cumplir la ley** en circunstancias limitadas (es decir, si el funcionario lo solicita o para denunciar una conducta delictiva). Por lo general, esto tendría que estar relacionado con una investigación penal, una orden judicial, una orden de arresto o una actividad de seguridad nacional legalmente autorizada.
 - **Para ayudar en una misión militar** u otra actividad gubernamental relacionada con la inteligencia, la seguridad nacional o la protección del Presidente.
 - **A los médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** para que puedan desempeñar sus funciones después de que los miembros hayan fallecido.
 - **A las organizaciones** de trasplante de órganos o tejidos con el fin de facilitar un trasplante.
 - **50 años después de la muerte.** Podemos divulgar la información de salud de los miembros que han fallecido a cualquier agencia después de que el miembro haya fallecido por lo menos hace 50 años.
 - **A las organizaciones de socorro en casos de desastre.** Si no desea que divulguemos su información para ayudar en caso de desastre, tiene derecho a evitar que se comparta.

Limitaciones legales

Cumplimos con las leyes que pueden limitar o impedir las divulgaciones enumeradas anteriormente. Por ejemplo:

- existen límites especiales para divulgar información de salud sobre el estado del VIH/sida, el tratamiento de la salud mental, las discapacidades del desarrollo y el tratamiento del abuso de drogas y alcohol;
- la información sobre raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual no se puede utilizar en la suscripción, el establecimiento de tarifas, la denegación de servicios, la cobertura y las determinaciones de beneficios;
- no podemos vender su información.

Autorización

Aparte de las situaciones descritas anteriormente, no permitimos el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso o autorización por escrito. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información de salud con fines de

investigación solo si tenemos su autorización. Su decisión de otorgarnos una autorización no afectará su tratamiento médico, los beneficios del plan de salud, el pago del tratamiento o la elegibilidad para la inscripción. Tiene derecho a revocar su autorización incluso después de haber firmado una autorización de uso o divulgación de su información de salud. En ese caso, ya no usaremos ni divulgaríamos su información de salud para ese propósito. Sin embargo, no podemos revertir ninguna divulgación que hayamos hecho durante el tiempo que tuvimos su permiso.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia impresa de este aviso de privacidad.** También puede obtener este aviso en nuestro sitio web en www.hpsm.org/privacy-policy.aspx.
- **Asignar a alguien para que lo represente.** Puede otorgar a alguien un poder notarial médico, que le permite a esa persona actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su información de salud. Este derecho también se aplica si tiene un tutor legal. Nos aseguraremos de que cualquier persona que afirme representarlo tenga esta autoridad antes de tomar cualquier medida.
- **Solicitar restricciones o límites en el uso o divulgación de su información de salud.** En su solicitud, debe indicarnos:
 - qué información de salud desea limitar;
 - ya sea que desee limitar nuestro uso de la información, la divulgación de información o ambos;
 - a quién quieres que se apliquen los límites.
- **Controlar la información sobre los servicios confidenciales que recibe.** Los servicios confidenciales incluyen asesoramiento de salud mental, servicios de salud reproductiva, servicios de enfermedades de transmisión sexual, servicios de agresión sexual y tratamiento para la drogadicción. Aquellos que tienen la edad y la capacidad para dar su consentimiento a estos servicios no están obligados a obtener la autorización de nadie para obtenerlos o presentar un reclamo en su nombre.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos (incluidos los servicios confidenciales) de forma privada y con un manejo especial. En ese caso, no daremos la información especificada a nadie sin su permiso por escrito.
 - Puede pedirnos que enviemos comunicaciones sobre asuntos médicos o servicios confidenciales a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que elija. Si no proporciona otro método de contacto, le enviaremos comunicaciones a la dirección o número de teléfono que tenemos registrado.
 - Cumpliremos con sus solicitudes para recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que solicitó. O nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de poner en la forma y el formato que solicitó.
 - Su solicitud de comunicaciones confidenciales dura hasta que la cancele o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.
 - No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Aunque haremos todo lo posible por atender las solicitudes razonables, *no estamos obligados a acceder a ellas*. Si estamos de acuerdo, cumpliremos a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar comunicaciones confidenciales o un manejo especial en la forma en que se comunican con usted, debe enviar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM.

- **Un recuento de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos de su información de salud para su tratamiento, el pago de su atención y nuestras operaciones. También incluye la mayoría de las otras divulgaciones que se nos exige o se nos permite hacer sin su autorización (como las agencias gubernamentales que revisan nuestros programas). Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM. Su solicitud debe ser por un período no mayor de tres años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Envíe las solicitudes por escrito al oficial de privacidad de HPSM a la siguiente dirección postal:

Health Plan of San Mateo
Attn: Privacy Officer
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, California 94080

- **Acceso a su información de salud.** Tiene derecho a obtener una copia de cierta información de salud que HPSM mantiene en sus registros. En general, esto incluye registros de salud y reclamaciones. Para obtener una copia de su expediente médico, comuníquese con su proveedor. Para obtener una copia de la información de salud que conservamos, envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad de HPSM. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Posteriormente, le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud. Posteriormente, podrá solicitar que una persona distinta de la que denegó su solicitud revise la denegación. Nos atenderemos al resultado de la revisión.
- **Recibir notificación de una vulneración.** Una vulneración se produce cuando la información de salud protegida se obtiene, utiliza o revela de un modo que infringe la legislación pertinente en materia de privacidad. Para que se considere infracción, la información de salud no debe estar protegida (lo que significa que otros podrían acceder a ella). En el plazo de dos meses desde que se tuvo conocimiento de la vulneración de su información de salud, estamos obligados a enviarle una notificación en la que se le explique:
 - qué pasó;
 - los tipos de información involucrados en la vulneración;
 - las medidas que debe seguir para proteger su información;
 - lo que HPSM está haciendo para investigar la situación, minimizar el daño que esto le pueda causar y prevenir futuras vulneraciones.
- **Rectificar los registros médicos y de reclamaciones incorrectos o incompletos.** Tiene derecho a solicitar una modificación durante el tiempo que conservemos la información. Luego se agregará un comentario por escrito a su información de salud en HPSM. Para solicitar una modificación, envíe una solicitud por escrito al responsable de privacidad de HPSM.

Si denegamos su solicitud de modificar sus datos de salud, se lo notificaremos por escrito con una explicación del motivo de la denegación. No estamos obligados a modificar la información de salud que:

- HPSM no creó (a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación);
- no forma parte de la información que conservamos;
- no es parte de la información de la que se le permitiría obtener una copia;

- es correcta y completa.

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de California en www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx.

Se le notificará sobre los cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y luego hacerlo efectivo para toda la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Encontrará la fecha de entrada en vigor de este aviso al final de cada página. Le notificaremos sobre los cambios a este aviso por correo dentro de los 60 días posteriores a los cambios. También publicaremos una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web:

www.hpsm.org/privacy-policy.aspx.

Cómo presentar una queja con respecto a sus derechos de privacidad

Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante HPSM. No se le impondrán sanciones por presentar una queja. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para presentar una queja.

<p>Health Plan of San Mateo Attn: Grievance and Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 1-888-576-7557 o 650-616-2850</p>	<p>Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights Attn: Regional Manager 90 7th St., Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 1-800-368-1019 o (TTY) 1-800-537-7697</p>	<p>California Department of Health Care Services Attn: Privacy Officer c/o Office of Legal Services 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413, MS0010 Sacramento, CA 95899-7413 1-916-445-4646 o 1-866-866-0602</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blanko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

RIESGO DEL CONSUMO DE OPIOIDES A LARGO PLAZO Y SUGERENCIAS PARA REDUCIR ESOS RIESGOS



Los opioides son un tipo de medicamentos que pueden recetarse para tratar el dolor. Cuanto más tiempo se tomen opioides, mayores pueden ser los riesgos. Si usted toma o planea tomar opioides durante más de tres meses, es importante que conozca los posibles riesgos. Queremos asegurarnos de que usted cuente con la información adecuada para mantenerse en condiciones seguras.

RIESGOS DEL CONSUMO DE OPIOIDES A LARGO PLAZO*

USO INDEBIDO Y ADICCIÓN Una de cada cuatro personas que toman opioides a largo plazo enfrentan problemas de uso indebido o adicción. Con el tiempo, es posible que el medicamento no disminuya el dolor, lo cual le hace pensar al paciente que necesita una dosis más alta.

MÁS DOLOR El uso de opioides a diario puede empeorar el dolor o causar dolor en otras partes del cuerpo en las que antes no había dolor. No hay datos suficientes para probar que el consumo de opioides a largo plazo reduce el dolor.

DIFICULTADES PARA LA SALUD como:

- Dolor abdominal
- Problemas respiratorios
- Confusión
- Estreñimiento
- Depresión
- Caídas y fracturas
- Problemas del corazón
- Cambios hormonales
- Sobredosis o muerte

Los medicamentos opioides incluyen:

- Hydrocodone
- Oxycodone
- Morphine
- Tramadol
- Methadone
- Fentanyl
- Codeine

REDUZCA LOS RIESGOS QUE VIENEN CON EL CONSUMO DE OPIOIDES A LARGO PLAZO

Hable con su proveedor acerca de lo siguiente:

- Mayor riesgo de sobredosis mientras se toman opioides con otros medicamentos (como las benzodiacepinas que se toman para tratar el insomnio o la ansiedad).
- De qué manera reducir el consumo de opioides o dejar de tomarlos puede ser una medida saludable para usted.
- Otros tipos de tratamiento del dolor que pueden funcionar mejor y ser más seguros que los opioides, como los siguientes:

INTERVENCIONES SIN MEDICAMENTOS:

- ▲ Terapia física
- ▲ Ejercicio
- ▲ Abandono del consumo de tabaco
- ▲ Terapia verbal
- ▲ Acupuntura

MEDICAMENTOS NO OPIOIDES:

- ▲ Acetaminophen (Paracetamol)
- ▲ Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID en inglés) (como ibuprofeno, naproxeno o diclofenaco)
- ▲ Anticonvulsivos (como gabapentina o pregabalina)
- ▲ Antidepresivos (como amitriptilina o duloxetina)
- ▲ Productos tópicos (como parches de lidocaína)

Visite www.hpsm.org/pain-management para obtener más información sobre cómo manejar el dolor crónico.

* Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain (Pautas de práctica clínica de los CDC para recetar opioides para el dolor)— Estados Unidos, 2022. MMWR Recomm Rep 2022;71(No. RR-3):1–95. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>

BENEFICIO DE TRASLADO DE HPSM

Traslados sin costo a visitas de atención médica aprobadas para los miembros de Medi-Cal y CareAdvantage

El beneficio de traslados de HPSM puede utilizarse cuando no se dispone de ningún otro medio de transporte para concurrir a las visitas de atención médica aprobadas. Estas visitas incluyen atención médica, farmacia, atención dental, salud conductual y las visitas por trastornos por consumo de sustancias cubiertas por Medi-Cal. No se cubren los traslados a servicios que no sean de atención médica (como escuelas, gimnasios, oficinas de gobierno, tiendas de comestibles, etc.).

SERVICIOS DE TRASLADO DISPONIBLES



El servicio de **acera a acera** es para quienes:

- Pueden esperar el traslado en su acera.
- Pueden entrar y salir del vehículo/edificio sin ayuda.
- Tienen un teléfono celular que puede recibir mensajes de texto del conductor.



El servicio de **puerta a puerta** es para quienes:

- Necesitan ayuda del conductor para entrar y salir del vehículo/edificio.
- Pueden moverse sin ayuda una vez que están dentro del edificio.
- No tienen un teléfono celular que puede recibir mensajes de texto del conductor.

CÓMO CONSEGUIR UN TRASLADO



Llame a **AMERICAN LOGISTICS (AL)** dos o más días hábiles antes de su cita.

- Medi-Cal: **1-844-856-4389**
- CareAdvantage: **1-877-356-1080**
- TTY: **7-1-1**

Esté listo para informar a AL:

- Su número de identificación de miembro de HPSM.
- La fecha y la hora de su cita.
- El lugar donde pasar por usted y el lugar de destino.
- Si desea un traslado de regreso.
- Si necesita ir acompañado por otra persona (un familiar o cuidador).



Esté listo para su traslado. Lo recogerán en el lugar que usted indique al menos una hora quince minutos antes de la hora de su cita. El conductor solo esperará cinco minutos.



Si usted pidió un traslado de regreso a su casa, llame *inmediatamente después de su cita*. Un conductor lo recogerá dentro de los 45 minutos.



Para cancelar un traslado, debe llamar al menos dos horas antes de la hora de recogida programada para evitar que en su registro figure que no se presentó al traslado.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para citas urgentes, llame tan pronto como sea posible (incluso después del horario de atención).

Envíe un email a transportationprogram@hpsm.org para obtener más información.

¿Necesita un vehículo médico especializado? Para recibir un traslado en ambulancia, furgoneta para silla de ruedas o con litera, por razones médicas, se necesita la receta médica de un proveedor. No se puede usar el beneficio de traslados de HPSM en ese caso.

Visite www.hpsm.org/ride para obtener detalles sobre el beneficio de traslados y cómo utilizarlo.



Healthy is for everyone

801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR STD
U.S. POSTAGE
PAID
HPSM

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DUAL DE CARADVANTAGE (D-SNP).

CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en CareAdvantage depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si usted habla español, dispone de servicios de asistencia de idioma sin cargo. Llame 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.

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. La llamada es gratuita.