

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) Plan, un plan de Medicare y Medi-Cal ofrecido por Health Plan of San Mateo

Aviso anual de cambios para 2027

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. Llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página para recibir una copia por correo. 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 1-800-735-2929 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 1-800-735-2929 o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. O envíe una solicitud por escrito a:*

HEALTH PLAN OF SAN MATEO
CAREADVANTAGE UNIT
801 GATEWAY BLVD. SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO, CA 94080
 - *Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para su futura correspondencia, por lo que no necesita solicitarlos cada vez, y*

Aprobación de OMB 0938-1444 (Vence el: 31 de mayo de 2029)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



- *Para efectuar cambios o cancelar sus preferencias, por favor póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage.*

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idioma y medios de ayuda y servicios auxiliares

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.

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.hpsm.org/careadvantage.



ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)
។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរ
សេរីជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរ
ជាអក្សរព្រំធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ
1-866-880-0606 (TTY: **1-800-735-2929**)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (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。

فارسی (Farsi)

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 بزرگ، نیز
موجود است. با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس
بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al
1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo,
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**,
visite www.hpsm.org/careadvantage.



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 निः शुल्क हैं।

한국어 (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 (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun 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.

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 ਬੋਲ 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** (линия 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 TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-3000**).

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 (Filipino)

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.

ภาษาไทย (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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.hpsm.org/careadvantage.



Українська (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.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	9
B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Medi-Cal para el año próximo.....	9
B1. Información sobre CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP).....	10
B2. Cosas importantes que debe hacer.....	10
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.....	11
D. Cambios en los beneficios para el próximo año.....	12
D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos.....	12
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	12
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”.....	15
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”.....	17
E. Selección de un plan.....	17
E1. Permanencia en nuestro plan.....	17
E2. Cambio de planes.....	17
F. Cómo obtener ayuda.....	24
F1. Nuestro plan.....	24
F2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....	24
F3. Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas.....	25
F4. Medicare.....	25
F5. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	26
F6. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.....	27

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



A. Descargos de responsabilidad

CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los 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 obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage o lea el Manual del miembro. Esto quiere decir que usted podría tener que pagar algunos servicios y que es necesario que siga ciertas reglas para que CareAdvantage pague los servicios que usted recibe.
- La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar algún cambio que le afecte a usted.
- Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Los copagos o los medicamentos con receta pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Por favor, comuníquese con el plan para obtener más detalles.

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

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

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

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

- Opciones de Medicare en la tabla que aparece en la **Sección E2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección E2**.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



B1. Información sobre CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP)

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

B2. Cosas importantes que debe hacer

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



- 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 D** 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 conforme con nuestro plan.**

Si decide permanecer en CareAdvantage:

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

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura va a satisfacer mejor sus necesidades, tal vez pueda cambiarse de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o cambia su nueva cobertura a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan dispone de una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

No hemos realizado ningún cambio en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año.

Sin embargo, es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* para obtener más información.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Beneficio de medicamentos que no requieren receta (OTC)	\$75 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta no se transfiere al próximo período de tres meses.	\$37 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta no se transfiere al próximo período de tres meses.
Beneficio de alimentos saludables	\$25 cada tres meses. El saldo no utilizado de la tarjeta no se transfiere al próximo período de tres meses.	Este beneficio ya no estará disponible.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* también se conoce como la *Lista de medicamentos aprobados* o la *Lista de medicamentos*. Puede consultar una copia de nuestra *Lista de medicamentos* en línea en www.hpsm.org/careadvantage.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página o visitando nuestro sitio web en www.hpsm.org/careadvantage.

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

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para averiguar si existen restricciones.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* empiezan a aplicarse al iniciar cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por Medicare y/o el estado y que lo afectarán a usted durante el año calendario.

Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* al menos una vez al mes con el fin de brindarle la versión más reciente. Si hacemos algún cambio que va a afectar un medicamento que usted toma, le enviaremos un aviso acerca de dicho cambio.

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

- Consultar con su médico (u otra persona autorizada para recetar) a fin de encontrar otro medicamento que sí cubramos.
 - Puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final 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 recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción a fin de cubrir el medicamento.
 - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona autorizada para recetar).
 - 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 que aparecen al final de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



- Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.
- Solicitarnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es 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 2026 se le concedió una excepción para cubrir un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*, tendrá que solicitar otra excepción cuando esa excepción se haya vencido.

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

Cambios en los costos de los medicamentos

Debido a que reúne los requisitos de Medi-Cal, usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un anexo por separado, llamado “Cláusula adicional en la constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional en el pago de medicamentos con receta” (también llamado “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional en LIS”), que le ofrece información sobre su cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



Si usted no tiene este anexo, por favor llame al Departamento de CareAdvantage y solicite la “Cláusula adicional del LIS” (LIS Rider).

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

Etapas Etapas de cobertura inicial	Etapas Etapas de cobertura catastrófica
<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 2027.</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 asciende a **\$2,400**. En ese momento, inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto va a pagar por los medicamentos.

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

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



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

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información acerca de los costos para un suministro a largo plazo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su Manual del miembro.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 <i>(medicamentos genéricos)</i> Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 1 que le surten en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0/\$1.60/\$5.10 por cada receta médica.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0/\$1.65/\$5.80 por cada receta médica.
Medicamentos en el Nivel 2 <i>(medicamentos de marca)</i> Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 2 que le surten en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0/\$4.90/\$12.65 por cada receta médica.	Costos compartidos estándar: Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0/\$5.00/\$14.40 por cada receta médica.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de desembolso asciende a **\$2,400**. En ese momento se inicia la Etapa de cobertura catastrófica. El 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.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando usted llega al límite de los costos de desembolso de **\$2,400** por sus medicamentos, se inicia la Etapa de cobertura catastrófica y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

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

E. Selección de un plan

E1. Permanencia en nuestro plan

Esperamos seguir contando con su membresía en el plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que usted se inscriba en un plan diferente de Medicare o cambia a Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2027.

E2. Cambio de planes

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden dar por terminada su membresía solo durante ciertos momentos del año.

Asimismo, puede dar por terminada su membresía en nuestro plan durante los periodos siguientes cada año:

- El **periodo de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si 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.
- Debido a que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para dar por terminada su membresía en nuestro plan, incluso cualquier mes del año.

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

- se muda fuera de nuestra área de servicio,

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



- 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 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 de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección E2**. Al elegir una de estas opciones, usted dará por terminada automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>El Plan Medi-Medi 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 Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), si usted califica.</p> <p>Nota: El término “Plan Medi-Medi” es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble (D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el Programa de atención integral para las personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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/https://aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan. Su plan de Medi-Cal</p>
--	---

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



	cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.
--	--

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare aparte</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare Counseling/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando empiece su cobertura de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
--	--

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar la membresía</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite https://www.hicapsanmateocounty.org/ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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/ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ <p>Cuando empiece su cobertura de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
--	--

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas fechas del año, incluidos el periodo de inscripción abierta y el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones que se describen en la Sección E2.</p>	<p>Esto es lo que hay que hacer:</p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare Counseling/ <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, se cancelará automáticamente su membresía a nuestro plan de Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal podría cambiar.</p>
---	---

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo elegir un plan de Medi-Cal o recibir sus servicios de Medi-Cal después de que deja nuestro plan, comuníquese con Opciones de atención médica (Health Care Options) llamando al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



manera inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta su cobertura de Medi-Cal.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Nuestro plan

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

Lea su *Manual del miembro*

Su *Manual del miembro* constituye la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para 2027. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del miembro* de 2027 estará disponible para el 15 de octubre. Una copia actualizada 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 que aparecen al final de la página para solicitar que le enviemos por correo un *Manual del miembro* de 2027.

Nuestro sitio web

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*).

F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP)

- Usted también puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud de California (HICAP). Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



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/> https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas

Si tiene algún problema con nuestro plan, el Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) puede ayudarle. Los servicios del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare Medi-Cal:

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

F4. 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.
- chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



web de Medicare. (Para obtener información sobre planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” [Buscar planes].)

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2027*. 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 una copia de este folleto, puede obtenerla 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

F5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) 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 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 reunir los requisitos para que se realice una Evaluación médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si usted reúne los requisitos para 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.dmhca.gov podrá encontrar formularios de reclamaciones, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.



F6. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de desembolso para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos como pagos mensuales a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (por ejemplo, un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para continuar participando en 2027. Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos totales de bolsillo por medicamentos.

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (State’s Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), así como del Programa de ayuda de medicamentos para el VIH (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, ofrecen más ventajas que participar en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, por favor comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que aparece al final de la página o visite www.medicare.gov.

Declaración de divulgación en virtud de la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a la recopilación de información a menos que la misma indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.

