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

Taunang Abiso ng Pagbabago para sa 2027

Panimula

Kasalukuyan kayong naka-enroll bilang miyembro ng aming plano. Sa susunod na taon, magkakaroon ng ilang pagbabago sa aming mga benepisyo, coverage, panuntunan, at halaga. Sinasabi sa inyo ng *Taunang Abiso ng Pagbabago* na ito ang tungkol sa mga pagbabago at kung saan makikita ang higit pang impormasyon tungkol sa mga ito. Para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gastos, benepisyo, o panuntunan, pakibasa ang *Handbook ng Miyembro*, na matatagpuan sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina para makakuha ng kopya sa pamamagitan ng koreo. Makikita ang mahahalagang salita at mga kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga karagdagang mapagkukunan

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

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

    - *Ilalagay sa file ang inyong mas gusto wika at format para sa mga pagpapadala ng sulat at komunikasyon sa hinaharap, kaya hindi na kailangan ng miyembro na humiling nang hiwalay sa bawat pagkakataon,* ***at***

- *Upang baguhin o kanselahin ang inyong mga kagustuhan, mangyaring kontakin ang CareAdvantage Unit.*

Abiso ng Pagiging Available ng Mga Serbisyo sa Tulong sa Wika at Mga Pansuportang Tulong at Serbisyo

English

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

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

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំៈ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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.

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।

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:ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃ ຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih 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 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** (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.

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 serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY: **1-800-735-2929**) **น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) **ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้**

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.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Mga Pagtatatwa ng Pananagutan ... 9

B. Pagsusuri ng inyong coverage sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon ... 9

B1. Impormasyon tungkol sa CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) ... 10

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin ... 10

C. Mga pagbabago sa aming mga provider at parmasya ng network ... 12

D. Mga pagbabago sa mga benepisyo para sa susunod na taon ... 12

D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo para sa mga medikal na serbisyo ... 12

D2. Mga pagbabago sa coverage sa gamot ... 13

D3. Yugto 1: “Yugto ng Unang Coverage” ... 16

D4. Yugto 2: “Yugto ng Catastrophic Coverage” ... 17

E. Pagpili ng plano ... 18

E1. Pananatili sa aming plano ... 18

E2. Pagpapalit ng mga plano ... 18

F. Paghingi ng tulong ... 24

F1. Ang aming plano ... 24

F2. Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) ... 24

F3. Programa ng Ombudsman ... 25

F4. Medicare ... 25

F5. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ... 26

F6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Gamot ng Medicare ... 27

A. Mga Pagtatatwa ng Pananagutan

Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga enrollee. Ang pag-enroll sa CareAdvantage ay depende sa pag-renew ng kontrata.

- Maaari may mga limitasyon, copay, at mga paghihigpit. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit o basahin ang Handbook ng Miyembro. Ang ibig sabihin nito ay maaaring kailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na panuntunan para bayaran ng CareAdvantage ang inyong mga serbisyo.
- Maaaring mabago ang Listahan ng Coverage sa mga Gamot at/o mga network ng parmasya at provider sa buong taon. Padadalhan namin kayo ng abiso bago kami magsagawa ng pagbabagong makakaapekto sa inyo.
- Maaaring mabago ang mga benepisyo at/o copay sa Enero 1 ng bawat taon.
- Maaaring maiba ang copay o mga inireresetang gamot batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na matatanggap ninyo. Mangyaring kontakin ang plano para sa higit pang detalye.

B. Pagsusuri ng inyong coverage sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon

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

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

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

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon E2**.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon E2**.

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

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

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin

- **Tingnan kung may anumang pagbabago sa aming mga benepisyo at gastos na maaaring makaapekto sa inyo.**
  - Mayroon bang anumang pagbabago na nakakaapekto sa mga serbisyong ginagamit ninyo?
  - Basahin ang mga pagbabago sa benepisyo at gastos para matiyak na magiging akma ang mga ito sa inyo sa susunod na taon.
  - Tingnan ang **Seksyon E1** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa benepisyo at gastos para sa aming plano.
- **Tingnan kung mayroong anumang pagbabago sa aming coverage sa gamot na maaaring makaapekto sa inyo.**
  - Masasakop ba ang inyong mga gamot? Nasa ibang antas ng paghahati sa gastos ba ang mga ito? Magagamit ninyo ba ang parehong mga parmasya? Magkakaroon ba ng anumang pagbabago tulad ng paunang pahintulot, step therapy, o mga limitasyon sa dami?
  - Basahin ang mga pagbabago para matiyak na magiging akma sa inyo ang aming coverage sa gamot sa susunod na taon.
  - Tingnan ang **Seksyon E2** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming coverage sa gamot.

  - Maaaring tumaas ang mga halaga ng gamot mula noong isang taon.
    - Kausapin ang inyong doktor tungkol sa mas murang alternatibo na maaaring available para sa inyo; maaaring makatipid kayo sa taunang gastos mula sa sariling bulsa sa buong taon.
    - Tandaan na ang mga benepisyo sa inyong plano ay natutukoy nang eksakto kung magkano ang magiging pagbabago sa inyong sariling mga gastos sa gamot.

- **Tingnan kung nasa aming network ang inyong mga provider at parmasya sa susunod na taon.**
  - Nasa aming network ba ang inyong mga doktor, kasama ang inyong mga espesyalista? Ang inyong parmasya? Ang mga ospital o iba pang provider na ginagamit ninyo?
  - Tingnan ang **Seksyon D** para sa impormasyon tungkol sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
- **Pag-isipan ang inyong kabuuang gastusin sa plano.**
  - Magkano ang gagastusin ninyo mula sa sariling bulsa para sa mga serbisyo at gamot na regular ninyong ginagamit?
  - Paano ninyo maihahambing ang kabuuang gastos sa iba pang opsyon sa coverage?
- **Pag-isipan kung nasisiyahan kayo sa plano namin.**

Kung magdedesisyon kayong manatili sa CareAdvantage:	**Kapag nagdesisyon kayong magpalit ng mga plano:**
Kung gusto ninyong manatili sa amin sa susunod na taon, madali ito – wala na kayong kailangang gawin. Kung wala kayong gagawing pagbabago, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll sa CareAdvantage.	Kung magdedesisyon kayong mas matutugunan ng ibang coverage ang inyong mga pangangailangan, makakalipat kayo ng mga plano (tingnan ang **Seksyon E2** para sa higit pang impormasyon). Kung mag-e-enroll kayo sa bagong plano, o lilipat kayo sa Original Medicare, magsisimula ang inyong bagong coverage sa unang araw ng kasunod na buwan.

C. Mga pagbabago sa aming mga provider at parmasya ng network

Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa mga gamot ay depende sa kung anong parmasya ang ginagamit ninyo. Ang aming plano ay may network ng mga parmasya. Sa karamihang sitwasyon, sakop *lang* ang inyong mga rgamot kung pupunan ang mga ito sa isa sa mga parmasya ng network.

Wala kaming ginawang anumang pagbabago sa aming network ng mga provider at parmasya para sa susunod na taon.

Gayunpaman, mahalagang alam ninyo na maaari rin kaming gumawa ng mga pagbabago sa aming network sa buong taon. Kung aalis sa aming plano ang inyong provider, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

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

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

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

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Benepisyong Over-the-counter (OTC)	$75 kada tatlong buwan. Hindi mailipat sa susunod na tatlong buwan ang hindi nagamit na card allowance.	$37 kada tatlong buwan. Hindi mailipat sa susunod na tatlong buwan ang hindi nagamit na card allowance.
Benepisyo sa Malusog na Groseri	$25 kada tatlong buwan. Hindi mailipat sa susunod na tatlong buwan ang hindi nagamit na card allowance	Hindi na magagamit ang benepisyong ito.

D2. Mga pagbabago sa coverage sa gamot

Mga Pagbabago sa aming *Listahan ng mga Gamot*

Ang aming *Listahan ng mga Sakop na Gamot* ay tinatawag ding *Formulary* o *Listahan ng Gamot*. Ang kopya ng aming *Listahan ng Gamot* ay naka-post online sa www.hpsm.org/careadvantage .

Makukuha ninyo ang kumpletong Listahan ng Gamot sa pamamagitan ng pagtawag sa CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina o pagbisita sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage.

Gumawa kami ng mga pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot*, na maaaring kasama ang pag-aalis o pagdaragdag ng mga gamot, pagbabago sa mga gamot na sinasakop namin, at mga pagbabago sa mga paghihigpit na naaangkop sa aming coverage sa ilang partikular na gamot.

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

Karamihan sa mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot* ay bago para sa pagsisimula ng bawat taon. Gayunpaman, maaaring gumawa kami ng iba pang pagbabago na pinapayagan ng Medicare at/o ng estado na makakaapekto sa inyo sa taon sa kalendaryo. Ina-update namin nang buwanan ang aming online na *Listahan ng Gamot* para maibigay ang pinakabagong listahan ng mga gamot. Kung gagawa kami ng pagbabagong makakaapekto sa gamot na iniinom ninyo, papadalhan namin kayo ng abiso tungkol sa pagbabago.

Kung apektado kayo sa pagbabago sa coverage sa gamot, hinihikayat namin kayong:

- Makipagtulungan sa inyong doktor (o iba pang tagareseta) para makahanap ng ibang gamot na sinasakop namin.
    - Matatawagan ninyo ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina para humingi ng *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* na ginagamot ang parehong kondisyon.
    - Makatutulong ang listahang ito sa inyong provider para makahanap ng sakop na gamot na maaaring gumana para sa inyo.
- Makipagtulungan sa inyong doktor (o ibang tagareseta) at hilingin sa amin na magkaroon ng eksepsyon para masakop ang gamot.
    - Maaari kayong humiling ng eksepsyon bago ang susunod na taon, at ibibigay namin sa inyo ang sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagareseta).
    - Para malaman kung ano ang dapat ninyong gawin para huminling ng eksepsyon, tingnan ang **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* o tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.
    - Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng eksepsyon, kontakin ang CareAdvantage Unit. Tingnan ang **Kabanata 2 at 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para alamin pa kung paano kontakin ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.
- Hilingin sa aming sakupin ang pansamantalang supply ng gamot.
    - Sa ilang sitwasyon, masasakop namin ang **pansamantalang** supply ng gamot sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.
    - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw. (Para alamin pa ang tungkol sa kung kailan kayo puwedeng makakuha ng pansamantalang supply at kung paano humingi nito, tingnan ang **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.)
    - Kapag nakakuha kayo ng pansamantalang supply ng gamot, makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa kung ano ang gagawin kapag naubos na ang inyong pansamantalang supply. Puwede kayong

lumipat sa ibang gamot na sakop ng aming plano o humiling sa amin na gumawa ng eksepsyon para sa inyo at sakupin ang inyong kasalukuyang gamot.

Kung binigyan kayo ng eksepsyon noong 2026 para sakupin ang isang gamot na wala sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot,* kakailanganin ninyong humiling ng isa pang eksepsyon kapag nag-expire na ang eksepsyong iyon.

Maaaring bago sa inyo ang ilan sa ganitong uri ng gamot. Para sa mga kahulugan ng mga uri ng gamot, mangyaring pumunta sa **Kabanata 12** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Nagbibigay rin ang Food and Drug Administration (FDA) ng impormasyon para sa consumer tungkol sa mga gamot. Pumunta sa website ng FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. Matatawagan ninyo ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina o humingi sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan, tagareseta, o pharmacist para sa higit pang impormasyon.

Mga pagbabago sa mga halaga ng gamot

Dahil kayo ay kwalipikado para sa Medi-Cal, makakakuha kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare para tulungan kayong bayaran ang inyong mga gamot sa Medicare Part D. Nagpadala kami sa inyo ng hiwalay na insert, na tinatawag ang “Katunayan ng Coverage na Rider para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot” (tinatawag din na “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”), na nagsasabi sa inyo ng tungkol sa inyong coverage sa gamot. Kung wala kayong insert na ito, mangyaring tumawag sa CareAdvantage Unit at hingin ang “LIS Rider.”

Mayroong dalawang yugto ng pagbabayad para sa inyong coverage sa gamot ng Medicare Part D sa ilalim ng aming plano. Kung magkano ang inyong binabayaran ay depende sa inyong antas ng Karagdagang Tulong at sa inyong yugto kapag nagpapuno o muling magpapapuno kayo ng gamot. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1 Yugto ng Unang Coverage	Yugto 2 Yugto ng Catastrophic Coverage
Sa yugtong ito, binabayaran ng aming plano ang bahagi ng mga gastos sa inyong mga gamot, at nagbabayad kayo ng inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang gamot ng taon.	Sa yugtong ito, binabayaran ng plano ang lahat ng gastos sa inyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2027. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakapagbayad na kayo ng partikular na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa.

Matatapos ang Yugto ng Unang Coverage kapag ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot ay umabot sa **$2,400**. Sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Catastropic Coverage. Binabayaran ng aming plano ang lahat ng inyong gastos sa gamot sa simula hanggang sa katapusan ng taon. Tingnan ang **Kabanata 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga gamot.

Sa ilalim ng Programa ng Diskwento mula sa Manufacturer (Manufacturer Discount Program), ang mga manufacturer ng gamot ay magbabayad ng bahagi ng buong gastos ng aming plano para sa mga sakop na branded na gamot at biologic sa Bahagi D sa Yugto ng Unang Coverage at ang Yugto ng Catastropic Coverage. Hindi kasama sa mga gastos mula sa sariling bulsa ang mga diskwentong binabayaran ng mga manufacturer sa ilalim ng programa ng Diskwento mula sa Manufacturer.

D3. Yugto 1: “Yugto ng Unang Coverage”

Sa Yugto ng Unang Coverage, babayaran ng aming plano ang bahagi ng gastos para sa inyong mga sakop na gamot at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Nakadepende ang copay sa kung saan antas ng paghahati sa gastos ang gamot at kung saan ninyo kinukuha ito. Magbabayad kayo ng copay sa tuwing magpupuno kayo ng gamot. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Ipinapakita ng sumusunod na talahanayan ang mga gastos ninyo para sa isang buwang supply na pinuno sa parmasya ng network na may mga karaniwang copay sa bawat isa ng aming 2 antas ng gamot. Naaangkop **lang** ang mga halagang ito kapag kayo ay nasa Yugto ng Unang Coverage.

Sakop ang karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D nang wala kayong babayaran. Para sa impormasyon tungkol sa mga gastos para sa pangmatagalang supply pumunta sa **Kabanata 6, Seksyon D** ng inyong Handbook ng Miyembro.

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga Gamot sa Antas 1 (*mga generic na gamot*) Gastos para sa isang buwang supply ng gamot sa Antas 1 na pinupunan sa parmasya ng network	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay $0/$1.60/$5.10 bawat gamot.	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay $0/$1.65/$5.80 bawat gamot.
Mga Gamot sa Antas 2 (*may brand na mga gamot*) Gastos para sa isang buwang supply ng gamot sa Antas 2 na pinupunan sa parmasya ng network	Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay $0/$4.90/$12.65 bawat gamot.	**Karaniwang paghahati sa gastos:** Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay $0/$5.00/$14.40 bawat gamot.

Matatapos ang Yugto ng Inisyal na Coverage kapag umabot na ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa sa **$2,400**. Sa puntong ito magsisimula ang Yugto ng Inisyal na Coverage. Binabayaran ng plano ang lahat ng inyong gastos sa gamot mula simula hanggang sa katapusan ng taon. Tingnan ang **Kabanata 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga gamot.

D4. Yugto 2: “Yugto ng Catastrophic Coverage”

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon ng gastos mula sa sariling bulsa na **$2,400** para sa inyong mga gamot, magsisimula ang Yugto ng Catastropic Coverage at wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na gamot. Mananatili kayo sa Yugto ng Catastropic Coverage hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga gastos sa yugto ng Catastropic Coverage, tingnan ang **Kabanata 6** ng inyong Handbook ng Miyembro.

E. Pagpili ng plano

E1. Pananatili sa aming plano

Umaasa kaming mapanatili kayong bilang miyembro ng plano. Wala kayong kailangang gawin para manatili sa aming plano. Maliban kung nagpalista kayo sa ibang plano ng Medicare o lumipat kayo sa Original Medicare, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll bilang miyembro ng plano namin para sa 2027.

E2. Pagpapalit ng mga plano

Karamihan sa mga taong may Medicare ang maaari lang tapusin ang kanilang pagiging miyembro sa mga partikular na panahon ng taon.

Bilang karagdagan, puwede ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon:

- Ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll**, na tatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magtatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll sa Medicare Advantage (MA)**, na tatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.
- Dahil mayroon kayong Medi-Cal, may ilang pagpipilian kayo para tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano kasama ang anumang buwan ng taon.

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

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

Ang inyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong opsyon para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon E2**.
Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa: **Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Ang mga Medi-Medi Plan ay pinangangasiwaan ang lahat ng benepisyo at serbisyo saparehong mga programa, kabilang ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal o planong Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), kung kayo ay kwalipikado.** **Tandaan:** Ang salitang Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa pinagsamang dual eligible special needs plans (dual eligible special needs plans, D-SNP) sa California.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 7-1-1) Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ **O** Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong coverage sa bagong plano. Magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal para tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na may nakahiwalay na plano ng Medicare para sa gamot**	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 7-1-1) Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ **O** Mag-enroll sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong coverage sa Orihinal Medicare. Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.

3. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare kung mayroon kayong valid na dahilan para sa pag-alis sa pag-enroll** **TANDAAN**: Kapag lumipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpa-enroll sa hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaaring i-enroll kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat lang ninyong tanggalin ang coverage sa gamot kung mayroon kayong coverage sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, tulad ng employer o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng coverage sa gamot, tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong coverage sa Orihinal Medicare. Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.

4. Maaari kayong lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon E2**.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 7-1-1) Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ **O** Mag-enroll sa bagong Medicare na plano. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong coverage sa bagong plano. Maaaring magbago ang Medi-Cal na plano ninyo.

Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

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

F. Paghingi ng tulong

F1. Ang aming plano

Narito kami para tumulong kung mayroon kayong anumang tanong. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina sa mga nakalistang araw at oras na bukas. Walang bayad ang mga tawag na ito.

Basahin ang inyong *Handbook ng Miyembro*

Ang inyong *Handbook ng Miyembro* ay isang legal, detalyadong paglalarawan ng mga benepisyo ng aming plano. May mga detalye ito tungkol sa mga benepisyo at gastos para sa 2027. Ipinapaliwanag nito ang inyong mga karapatan at ang mga panuntunan na susundin para makuha ang mga serbisyo at gamot na sakop namin.

Magiging available ang *Handbook ng Miyembro* para sa 2027 sa Oktubre 15. Makikita ang pinakabagong kopya ng *Handbook ng Miyembro* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Maaari rin ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina para hilingin sa amin na padalhan kayo sa koreo ng *Handbook ng Miyembro* para sa 2027.

Ang aming website

Maaari ninyong bisitahin ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Bilang paalala, nasa website namin ang pinakabagong impormasyon tungkol sa aming network ng provider at parmasya (*Direktoryo ng Provider at Parmasya*) at ang aming *Listahan ng Gamot* (*Listahan ng Mga Sakop na Gamot*).

F2. Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP)

- Puwede kayong tumawag sa Programa ng Estado na Tulong para sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo

at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Makatutulong din sa inyo ang mga tagapayo ng HICAP para maintindihan ninyo ang mga mapagpipiliang plano at masagot ang mga tanong tungkol sa paglipat ng mga plano. Hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222. (TTY 7-1-1) Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Programa ng Ombudsman

Matutulungan kayo ng Medicare Medi-Cal Ombudsman Program kung may problema kayo sa plano namin. Libre ang mga serbisyo ng Ombusdman at available ang mga ito sa lahat ng wika. Ang Medicare Medi-Cal Ombudsman Program ay:

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

F4. Medicare

Para makakuha ng direktang impormasyon mula sa :

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
- sumulat sa Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Website ng Medicare

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

Makakahanap kayo ng impormasyon tungkol sa mga Medicare na plano na available sa inyong lugar sa pamamagitan ng paggamit ng Tagahanap ng Plano ng Medicare (Medicare Plan Finder) sa website ng Medicare. (Para sa impormasyon tungkol sa mga plano, tingnan ang www.medicare.gov at i-click sa “Maghanap ng mga plano [Find plans].”)

Ikaw at ang Medicare 2027

Maaari ninyong basahin ang handbook ng *Ikaw at ang Medicare 2027*. Kada taon sa tagalagas, ipinadadala sa koreo ang booklet na ito sa mga taong may Medicare. Mayroon itong buod ng mga benepisyo ng Medicare, mga karapatan at proteksyon, at mga sagot sa mga madalas na tanong tungkol sa Medicare. Available din ang handbook na ito sa Espanyol, Chinese, at Vietnamese.

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

F5. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care) ang responsable para sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo para sa pangangalaga sa kalusugan. Kung may karaingan kayo sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-866-880-0606** at dapat ninyong gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago kayo makipag-ugnayan sa departamento. Hindi pinagbabawalan ang paggamit ng pamamaraan para sa karaingan ang anumang posibleng mga karapatang legal o remedyo na maaari available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emerhensiya, ang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang mahigit 30 araw, maaari ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Maaari rin kayong maging kwalipikado sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR,

bibigyan kayo ng proseso para sa IMR ng walang-kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng planong pangkalusugan kaugnay sa medikal na kinakailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa coverage para sa mga paggamot na sinusubukan pa lang o sinisiyasat at mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa emergency o agarang mga medikal na serbisyo. Ang departamento ay mayroon ding walang bayad na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form para sa aplplication sa IMR at mga instruksyon online.

Tingnan ang **Kabanata 9, Seksyon F4** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

F6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Gamot ng Medicare

Isang opsyon sa pagbabayad ang Plano sa Pagbabayad ng Gamot ng Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) na makakatulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na sakop ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati sa mga ito para mabayaran sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre) bilang mga buwanang pagbabayad. Maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may coverage sa gamot (gaya ng plano ng Medicare Advantage na may coverage sa gamot) ang opsyong ito sa pagbabayad. Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Gamot ng Medicare at mananatili kayo sa parehong plano ng Part D, wala kayong kailangang gawin para ipagpatuloy ang pakikilahok sa 2027. Maaaring matulungan kayo ng opsyon sa pagbabayad na ito pamahalaan ang inyong mga gastos, pero hindi kayo makakatipid dito o hindi nito mapapababa ang inyong kabuuang gastos sa gamot na mula sa sariling bulsa.

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

Pahayag ng Pagsisiwalat ng PRA (PRA Disclosure Statement) Ayon sa Batas ng Pagbabawas ng Papeles 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), walang sinuman ang kailangang sumagot sa pagkolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong valid na control number. Ang valid na OMB control number (Office of Management and Budget, OMB) para sa pangongolektang ito ng impormasyon ay 0938-1444. Kung mayroon kayong mga komento o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850