

Plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) ofrecido por el Health Plan of San Mateo

Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Changes) para 2022

Introducción

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro del Plan CareAdvantage Cal MediConnect (CMC). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información acerca de ellos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro (Member Handbook)*.

Índice

A. Deslinde de responsabilidades.....	3
B. Revisión de Su Cobertura de Medicare y de Medi-Cal Para el Año Próximo	3
B1. Recursos adicionales.....	4
B2. Información sobre CareAdvantage CMC	5
B3. Cosas importantes que debe hacer:.....	6
C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red	7
D. Cambios en beneficios y costos para el año próximo	8
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta	8
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	9
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”	11
D5. Cambios en beneficios y costos para servicios dentales	12
E. Cómo elegir un plan	12
E1. Cómo permanecer en nuestro plan	12
E2. Cómo retirarse de CareAdvantage CMC	12
F. Cómo obtener ayuda	15
F1. Cómo obtener ayuda de CareAdvantage CMC	15

Si tiene alguna pregunta, 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.



Plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) Aviso Anual de Cambios para 2022

F2. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría Comunitaria de Cal MediConnect ... 16

F3. Ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program..... 16

F4. Cómo obtener ayuda de Medicare..... 16

F5. Ayuda del Departamento de Administración de Atención de la Salud de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) 17



Si tiene preguntas, 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.

A. Deslinde de responsabilidades

El Plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para más información, llame al Departamento de CareAdvantage CMC o lea el *Manual del miembro* de CareAdvantage CMC. Esto quiere decir que usted podría tener que pagar algunos servicios y que es necesario que siga ciertas reglas para que CareAdvantage CMC pague los servicios que usted recibe.

Los beneficios, 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.

Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los copagos de los medicamentos con receta podrían variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional (Extra Help) que usted recibe. 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, puede dejar el plan. Consulte la sección E2 para obtener más información.

Si usted opta por retirarse de CareAdvantage CMC, su membresía finalizará el último día del mes en el que haya presentado su solicitud.

Si deja nuestro plan, usted de todas maneras seguirá formando parte de los programas Medicare y Medi-Cal mientras mantenga su elegibilidad.

- Tendrá una opción para obtener sus beneficios de Medicare (consulte la página 12 para ver las opciones).
- Seguirá estando inscrito en el Health Plan of San Mateo para obtener sus beneficios de Medi-Cal (consulte la página 12 para obtener más información).

NOTA: Si se encuentra en un programa de gestión de medicamentos, tal vez no pueda unirse a un plan diferente. Consulte el capítulo 5 de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Si tiene preguntas, 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. Recursos adicionales

- **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.
- **ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**, Monday through Sunday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The call is free.
- You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call the CareAdvantage Unit at **1-866-880-0606**, TTY: **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**, Monday through Sunday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The call is free.
- **注意:** 如果您說中文，我們可免費提供語言協助服務。請致電 **1-866-880-0606**、TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；該電話為免費服務。
- 您可以免費以其他形式取得本資訊，如大號字體、盲人用點字或錄音。致電 CareAdvantage Unit，電話是 **1-866-880-0606**，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 電話 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。該電話為免費電話服務。
- **ATENSYON:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga paglilingkod para sa pagtulong sa wika, nang libre na makakamit ninyo. Tumawag sa **1-866-880-0606**, para sa TTY tumawag sa **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.
- Maaari mong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang anyo, kagaya ng malalaking letra, braille, o audio. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, Lunes hanggang Linggo, mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang tawag.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки. Звоните по номеру телефона **1-866-880-0606**. (Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**. Звонить можно в любой день недели с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

Si tiene preguntas, 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.



- Вы можете получить эту информацию бесплатно в другом формате, например в виде текста, набранного крупным шрифтом или шрифтом Брайля, или в виде аудиозаписи. Позвоните в подразделение CareAdvantage Unit по номеру **1-866-880-0606** в любой день недели с 8:00 до 20:00. Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**. Звонки по этому номеру бесплатные.
 - Para solicitar que se le envíen por correo este y otros materiales en un idioma específico o en un formato alternativo, llame del Departamento de CareAdvantage.

B2. Información sobre CareAdvantage CMC

- El plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura bajo CareAdvantage CMC 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 de Atención de Precio Accesible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Sírvase visitar el sitio web del Servicio de Recaudaciones Internas (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información acerca del requisito de responsabilidad compartida individual.
- Este plan CareAdvantage CMC lo ofrece Health Plan of San Mateo. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga "nosotros" o "nuestro", se refiere a Health Plan of San Mateo. Cuando diga "el plan" o "nuestro plan," se refiere a CareAdvantage.

Si tiene preguntas, 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.



B3. 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?
 - Es importante que revise los cambios en los beneficios y en los costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el año próximo.
 - Consulte la sección D1 para conocer los cambios a 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? ¿Están a un nivel distinto de costos compartidos? ¿Puede usted continuar utilizando las mismas farmacias?
 - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el año próximo.
 - Consulte la sección D2 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de 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.
 - Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Haga clic en el vínculo “dashboards” en la mitad de la Nota, hacia la parte inferior de la página. Estos tableros indican qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otros datos de precios de medicamentos año tras año.)
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

Si tiene preguntas, 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.



- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
 - ¿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 (Provider and Pharmacy Directory).
- **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 CMC:

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 nuestro plan.

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 E2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección E, página 12, para obtener más información sobre sus opciones.

C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2022.

Le recomendamos encarecidamente **revisar nuestro Directorio de proveedores y farmacias vigente para ver si** sus proveedores o farmacia siguen en nuestra red. Nuestro sitio web, www.hpsm.org/careadvantage, contiene un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado.



Si tiene preguntas, 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.

También puede llamar al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**,

TTY **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 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 y costos de los servicios médicos

No hay cambios en sus beneficios ni las cantidades que debe pagar por los servicios médicos. Nuestros beneficios y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos serán en 2022 exactamente los mismos que en 2021.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Cambios en nuestra lista de medicamentos (Drug List)

Se puede encontrar una *lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web, www.hpsm.org/careadvantage. También puede llamar al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606** para obtener información actualizada sobre medicamentos o solicitar que le enviemos por correo una *lista de medicamentos cubiertos*. La *lista de medicamentos cubiertos* también se conoce con el nombre de “lista de medicamentos”.

Hemos introducido cambios en nuestra lista de medicamentos, lo cual incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo** y para comprobar si se aplicarán restricciones.

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada para expedir recetas) para encontrar otro medicamento que sí cubramos.**
 - Puede llamar al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606** 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.

Si tiene preguntas, 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.



Plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) Aviso Anual de Cambios para 2022

Usted tendrá que hacer un copago cada vez que le surtan una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago, usted pagará el precio menor.

Trasladamos algunos de los medicamentos de la lista de medicamentos a un nivel más bajo o más alto. Si sus medicamentos son trasladados de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búselos en la lista de medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos por medicamentos en cada uno de nuestros tres (3) niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **únicamente** durante el tiempo en que usted está en la Etapa de cobertura inicial.

	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
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 (31 días) es de \$0, \$1.30 o \$3.70 por cada receta, en función de sus ingresos.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$1.35 o \$3.95 por cada receta, en función de sus ingresos.
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 (31 días) es de \$0, \$4.00 u \$9.20 por cada receta, en función de sus ingresos.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$4.00 o \$9.85 por cada receta, en función de sus ingresos.
Medicamentos en el Nivel 3 <i>(medicamentos cubiertos por Medi-Cal)</i> Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 que le surten en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de desembolso asciende a **\$7,050**. 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

Si tiene preguntas, 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.



Plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) Aviso Anual de Cambios para 2022

capítulo 6 para obtener más información sobre cuánto va a pagar por los medicamentos con receta.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando usted llega al límite de desembolso de **\$7,050** para sus medicamentos con receta, inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

La siguiente tabla muestra sus costos por medicamentos en cada uno de nuestros tres (3) niveles de medicamentos.

	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos) 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 (31 días) es de \$0, \$1.30 o \$3.70 por cada receta, en función de sus ingresos.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$1.35 o \$3.95 por cada receta, en función de sus ingresos.
Medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos de marca) 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 (31 días) es de \$0, \$4.00 o \$9.20 por cada receta, en función de sus ingresos.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0, \$4.00 o \$9.85 por cada receta, en función de sus ingresos.
Medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos cubiertos por Medi-Cal) Costo por el suministro de un mes de un medicamento en el Nivel 3 que le surten en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de \$0.

Si tiene preguntas, 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.

D5. Cambios en beneficios y costos para servicios dentales

A partir del 1 de enero de 2022, sus beneficios dentales serán administrados por Health Plan of San Mateo (HPSM) a través de HPSM Dental, el nuevo programa dental de HPSM. Este cambio será automático. Usted no necesita hacer nada.

No hay cambios en sus beneficios dentales ni en las cantidades que debe pagar por los servicios de ese tipo. Los beneficios de HPSM Dental y lo que usted paga por los servicios dentales cubiertos serán en 2022 exactamente los mismos que en 2021. Su elegibilidad para Medi-Cal y sus beneficios seguirán siendo los mismos. Su elegibilidad para Medi-Cal y sus otros beneficios administrados por HPSM tampoco cambiarán. El único cambio consistirá en cómo recibirá sus beneficios dentales.

Obtenga más información sobre HPSM Dental en www.hpsm.org/dental. Si tiene más preguntas, llame al Departamento de CareAdvantage al **1-800-880-0606**, TTY **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Cobertura dental	La cobertura se ofrece a través del programa Dental de Medi-Cal	La cobertura se ofrece a través de HPSM Dental
Costo de la cobertura dental	\$0	\$0

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos seguir contando con su membresía el año próximo.

No tiene que hacer nada para permanecer en su plan de salud. Si no se cambia a un plan de Medicare Advantage o si se cambia al Plan de Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2022.

E2. Cómo retirarse de CareAdvantage CMC

Usted puede cancelar su membresía en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro plan de Medicare Advantage o si se cambia al Plan de Medicare Original.

Si se retira de CareAdvantage CMC y no se inscribe en un plan de Medicare Advantage, volverá a obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

Seguirá obteniendo sus servicios de Medi-Cal a través de Health Plan of San Mateo.

Los servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y atención de salud conductual (behavioral health).

Si tiene preguntas, 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.



Usted tendrá tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted dará por terminada automáticamente su membresía en nuestro plan Cal MediConnect:

1. Puede cambiar a:

Un plan de salud de Medicare, como un plan de Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un programa de atención integral para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

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**.

Para informarse sobre PACE, llame al **1-855-921-PACE (7223)**.

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. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción a CareAdvantage CMC.



Si tiene preguntas, 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.

<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. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Automáticamente se cancelará su inscripción de CareAdvantage CMC cuando comience su cobertura del Plan de Medicare Original.</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 podría 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 <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

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. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Automáticamente se cancelará su inscripción de CareAdvantage CMC cuando comience su cobertura del Plan de Medicare Original.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Cómo obtener ayuda de CareAdvantage CMC

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606** (para TTY únicamente, llame al **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**). Estamos a su disposición por teléfono de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Manual del miembro 2022*

El *Manual del miembro 2022* constituye la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año.

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

Si tiene preguntas, 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.



El *Manual del miembro 2022* estará disponible para el 15 de octubre. Un ejemplar actualizado del *Manual del miembro 2022* está siempre disponible en nuestro sitio web, en www.hpsm.org/careadvantage. También puede llamar al Departamento de CareAdvantage al **1-800-880-0606** para solicitar que le enviemos por correo un *Manual del miembro 2021*.

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 cubiertos*).

F2. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría Comunitaria de Cal MediConnect

Si tiene algún problema con CareAdvantage CMC, el Programa de Defensoría Comunitaria (Ombuds Program) de Cal MediConnect puede ayudarle. Los servicios de defensoría son gratuitos. El Programa de Defensoría Comunitaria de Cal MediConnect:

- 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 número de teléfono del Programa de Defensoría Comunitaria de Cal MediConnect es el **1-855-501-3077**.

F3. Ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program

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 ayudarle a entender sus opciones del plan de Medicare 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**. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

F4. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar 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 (www.medicare.gov). Si decide cancelar la membresía de su plan de Cal MediConnect e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage.

Si tiene preguntas, 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.



También puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage 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 2022

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. 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 frecuentes sobre Medicare.

Si usted no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) 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**.

F5. Ayuda del Departamento de Administración de Atención de la Salud de California (California Department of Managed Health Care, DMHC)

El Departamento de Administración de Atención de la Salud de California es responsable de reglamentar los planes de la atención a la salud. 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 legal 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 es elegible 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 gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje. El sitio web en Internet del departamento www.dmhc.ca.gov cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud para que se realice una IMR e instrucciones en línea.

Si tiene preguntas, 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.



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.



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.



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.

