

Community Advantage Plus (HMO D-SNP), un plan Medicare Medi-Cal ofrecido por Community Health Plan of Imperial Valley

Aviso Anual de Cambios para 2027

Introducción

Actualmente está inscrito como participante 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 sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, por favor revise el *Manual del Participante*, que está ubicado en nuestro sitio de internet en www.advantageplus.chpiv.org. También puede revisar el *Manual del Participante* enviado por separado. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Participante*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Puede obtener este Aviso Anual de Cambios de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos abiertos para asistirle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
 - Puede hacer una solicitud permanente para obtener cualquier documento en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, como braille, CD, audio o letra grande. Por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos abiertos para asistirle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
 - Community Advantage Plus mantendrá la información de su formato alternativo en su cuenta como una solicitud permanente para envíos y comunicaciones futuras, de modo que no necesitará hacer una solicitud separada cada vez, y usted
 - Puede cambiar una solicitud permanente de idioma y/o formato preferido llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vence: 7/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org. H1671_ANOC_Spanish_2027_Ver1_D-SNP



Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística, Ayudas y Servicios Auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). These services are free of charge.

(Arabic) العربية

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

繁體中文 (Traditional Chinese)

請注意：如果您需要以您的語言提供幫助，請致電 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711)。
我們也提供給殘障人士的協助和服務，例如點字和大字體文件。請致電 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263 or 711)。這些服務免費提供。

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜੋ ਕਿ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिन्दी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-484-1412 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए ब्रेल और बड़े अक्षरों में दस्तावेज़ जैसी सेवाएं भी उपलब्ध हैं। कृपया 1-888-484-1412 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus, hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Muaj cov kev pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob khab, xws li ntawv luam ua ntawv loj thiab ntawv Braille. Hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Cov kev pab cuam no yog dawb.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



日本語 (Japanese)

注意: 日本語での支援が必要な場合は、1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711) にお電話ください。点字や大きな文字で書かれた書類など、障害をお持ちの方のための支援やサービスも提供しています。

1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하신 경우

1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711)번으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711).

ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຜູ້ພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ພິມໃດຍອກສອນບາຣ໌ລ ແລະພິມໂຕໃຫຍ່. ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ຟຣີ.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិម សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711)។ មានជំនួយ និងសេវាសម្រាប់ជនពិការផងដែរ ដូចជាឯកសារអក្សរព្រាយ និងអក្សរធំៗ។ សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711)។ សេវាទាំងនេះមានឱ្យដោយឥតគិតថ្លៃ។

(Farsi)فارسی

توجه: اگر به کمک به زبان خود نیاز دارید، با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید (TTY: 1-888-671-3263). کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ بزرگ، نیز در دسترس هستند. با شماره 1-888-484-1412 تماس بگیرید (TTY: 1-888-671-3263). این خدمات رایگان هستند.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, звоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Также предоставляются вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например, документы шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). También hay ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nakasulat sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Libre ang mga serbisyonang ito.



ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ กรุณาโทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). บริการเหล่านี้ฟรี

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Також надаються допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи шрифтом Брайля або великим шрифтом. Зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu chữ nổi Braille và bản in chữ lớn. Vui lòng gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263 or 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Tabla de Contenido

A. Descarga de Responsabilidad	9
B. Revisando su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	9
B1. Información sobre Community Advantage Plus	9
B2. Cosas importantes por hacer	9
C. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias	11
D. Cambios en beneficios y costos para el próximo año	11
D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos	13
E. Eligiendo un plan	18
E1. Permaneciendo en nuestro plan	18
E2. Cambio de planes	18
F. Obteniendo ayuda	24
F1. Nuestro plan	24
F2. Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud (HICAP)	24
F3. Programa de Defensor del Pueblo	24
F4. Medicare	25
F5. Departamento de Atención Médica Administrada de California	25



A. Descarga de Responsabilidad

Community Advantage Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Community Advantage Plus depende de la renovación del contrato.

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

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

Si elige abandonar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Seguirá en los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

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

B1. Información sobre Community Advantage Plus

- Community Advantage Plus es un plan de salud que contrata con Medicare y Medi-Cal para ofrecer a los participantes los beneficios de ambos programas.
- Cuando este *Aviso Anual de Cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan Medicare Medi-Cal.

B2. Cosas importantes por hacer

- **Consulta si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarte.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los costos y beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.



- Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Consulte si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de reparto de costos? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcione para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar costos anuales de bolsillo durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan 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, incluidos sus especialistas, en nuestra red? ¿Y, qué tal su farmacia? ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**



Si decide seguir con Community Advantage Plus:

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil – no necesita hacer nada. Si no realiza un cambio, automáticamente seguirá inscrito en Community Advantage Plus.

Si decide cambiar de plan:

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

C. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con participación en costos preferenciales, que pueden ofrecerle una participación en costos más baja que la de los costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestras redes de proveedores y de farmacias han cambiado para 2027.

Favor de revisar el 2027 Directorio de Proveedores y Farmacias para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia están en nuestra red. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.advantageplus.chpiv.org. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie de la página para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del Participante* o llame al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que usted paga por estos servicios cubiertos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Tarjeta de Débito	Recibe un máximo de \$55 cada mes en una tarjeta de débito para usar en: • Medicamentos de venta libre, • Gastos de acondicionamiento físico, o • Beneficios Suplementarios para los Enfermos Crónicos III (SSBCI).* *No todos los participantes calificarán. Vea los detalles a continuación. Su asignación mensual no se acumula para el mes siguiente.	Recibe un máximo de \$120 cada mes en una tarjeta de débito para usar en: • Medicamentos de venta libre, • Gastos de acondicionamiento físico, o • Beneficios Suplementarios para los Enfermos Crónicos III (SSBCI).* *No todos los participantes calificarán. Vea los detalles a continuación. Su asignación mensual se acumula para el mes siguiente si no se utiliza y expira al final del año del plan.
Beneficios Suplementarios para los Enfermos Crónicos III (SSBCI)	Si reúne los requisitos, recibe hasta \$55 cada mes en una tarjeta de débito para usar en: • Comida saludable. No todos los participantes calificarán. Para más detalles, por favor contáctenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan.	Si cumple los requisitos, puede usar su asignación mensual de \$120 en su tarjeta de débito para la compra de: • Comida saludable, o • Gasolina en la bomba. No todos los participantes calificarán. Para más detalles, por favor contáctenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan.



Odontología Integral	Hasta \$2,000 para ciertos servicios dentales no cubiertos por Denti-Cal.	No es un beneficio cubierto. Si reúne los requisitos, aún podrá recibir servicios dentales de rutina a través de su beneficio de Denti-Cal.
-----------------------------	---	--

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios a nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se llama *Formulario* o *Lista de Medicamentos*. Una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* está publicada en línea en www.advantageplus.chpiv.org.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la *Lista de Medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para averiguar si hay alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por Medicare y/o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

- Platique con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen en la parte inferior de la página o ponerse en contacto con su coordinador de atención 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 pueda funcionar para usted.



- Platique con su médico (u otra persona que receta) y pídale que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico).
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Participantes* o llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
 - Si necesita ayuda para pedir una excepción, llame al Departamento de servicio al cliente o a su coordinador de atención. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual para Participantes* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.
- Pídanos 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 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Participante*).
 - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubra nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.

Las excepciones actuales del formulario estarán cubiertas el próximo año hasta la fecha de vencimiento de la excepción. Si necesita ayuda para pedir una excepción, llame al Departamento de servicio al cliente o a su coordinador de atención.

Por ejemplo, si toma un medicamento de marca o un producto biológico que está siendo reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación ni antes de recibir un suministro de un mes del medicamento de marca o producto biológico. Es posible que reciba información sobre el cambio específico después de que este ya se haya realizado.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su *Manual del Participante*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona



información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los costos de los medicamentos

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

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

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 1 <i>(Genérico Preferido)</i> Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 1 que se surte en una farmacia de la red.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 2 (<i>Genérico</i>) Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 2 que se obtiene en una farmacia de la red	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$35. Su copago por una receta médica por correo válida por un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.
Medicamentos en el Nivel 3 (<i>Marca Preferida</i>) Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$35. Su copago por una receta médica por correo válida por un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.



	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 4 <i>(Marca No Preferida)</i> Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$35. Su copago por una receta médica por correo válida por un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.
Medicamentos en el Nivel 5 <i>(Nivel de Especialidad)</i> Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$35. Su copago por una receta médica por correo válida por un mes (31 días) es del 0% al 25% del costo total.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 6 <i>(Medicamentos de Atención Seleccionados)</i> Costo de un suministro de un mes de un medicamento de Nivel 6 que se obtiene en una farmacia de la red	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.	Participación estándar de costos: Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0. Su copago por un suministro de un mes (31 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta médica por correo con validez de un mes (31 días) es de \$0.

E. Eligiendo un plan

E1. Permaneciendo en nuestro plan

Esperamos mantenerlo como participante del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en otro plan de Medicare o cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como participante en nuestro plan para 2027.

E2. Cambio de planes

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su participación durante ciertas épocas del año.

Además, usted podrá finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.
- Como cuenta con Medi-Cal, dispone de varias opciones para cancelar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambió, o
- recientemente se mudó o actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare enumeradas a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional indicada a continuación durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su participación en nuestro plan.



1. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Un plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Destinado para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros 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 para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.
--	---



2. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros 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 para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que solicite un cambio.
---	--



3. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para darse de baja NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no desea unirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas, en caso de necesitar cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros 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 para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que solicite un cambio.
---	--



4. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluidos el Periodo de Inscripción Abierta y el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección E2	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros 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 para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
--	---

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener sus servicios de Medi-Cal después de que abandone nuestro plan, comuníquese con Health Care Options 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 cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.



F. Obteniendo ayuda

F1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudar si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de la página durante los días y horas de operación indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual del Participante*

Su *Manual del Participante* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios y los costos para 2027. Explica sus derechos y las reglas a seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual del Participante* para 2027 estará disponible a más tardar el 15 de octubre. También puede revisar el *Manual del Participante* que se envía por correo por separado para averiguar si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. Una copia actualizada del *Manual del Participante* está disponible en nuestro sitio web en www.advantageplus.chpiv.org. También puede llamar Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al pie de la página para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual del Participante* para 2027.

Nuestra página web

Puede visitar nuestro sitio web en www.advantageplus.chpiv.org. Como recordatorio, 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. Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP). Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados, y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Programa de Defensor del Pueblo

El Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal puede ayudarlo si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del Defensor del Pueblo son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



- puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué hacer.
- se asegura de tener información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal es 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.
- plática 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 desafiliarse de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en "Buscar planes").

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2027*. Todos los años, en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si 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) or by calling 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 es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamarlos al **1-888-466-2219** y utilizar el proceso de quejas que ellos tienen

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.



antes de contactar al departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o apelación legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión 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 que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web de Internet del departamento www.dmhca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

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

Declaración de Divulgación PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: Oficial de Aprobación de Informes PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY 1-888-671-3263). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.advantageplus.chpiv.org.

