



MAHAHALAGANG PAGBABAGO SA IYONG PLANO

☎ Walang bayad: 1-866-880-0606
Lokal: 650-616-2174
TTY: 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1

🌐 www.hpsm.org/careadvantage

Mayroon ba kaming tamang mailing address para sa iyo?

Kung hindi, mangyaring ipalam sa amin upang mapanatili namin ang kaalaman tungkol sa iyong mga benepisyo.

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



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

tel 650.616.0050

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org

Setyembre 25, 2024

Mga pagbabago sa iyong plano sa pangangalagang pangkalusugan sa 2025 CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

Minamahal na Miyembro,

Salamat sa pagiging miyembro sa CareAdvantage by Health Plan of San Mateo. Ito ang mailing sa Taunang Abiso sa Mga Pagbabago (Annual Notice of Changes, ANOC) para sa 2025. Sinasabi nito sa iyo ang tungkol sa mga mahahalagang pagbabago sa iyong plano at kung ano ang babayaran mo para sa darating na taon.

Tiyaking nabasa mo ang abisong ito. Kung may mga tanong ka pa tungkol sa mga pagbabago sa 2025, tawagan ang CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**). Bukas ang mga oras ng Call center 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Lunes hanggang Linggo.

Health Plan of San Mateo

Gawing priyoridad ang pagpapabakuna ngayong taon! Tanungin din ang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iba pang bakuna!

Tanungin ang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan kung kailangan mo ng bakuna sa pulmonya. Nakakatulong ang bakuna sa pulmonya na maprotektahan ka sa karaniwang bacteria na nagdudulot ng pulmonya. Makukuha mo ang bakuna mula sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan o parmacya. Para sa higit pang impormasyon, bisitahin ang

<https://www.hpsm.org/flu>.

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), isang Medicare Medical Plan na iniaalok ng Health Plan of San Mateo

Taunang Abiso ng Mga Pagbabago para sa 2025

Introduksiyon

Kasalukuyan kayong naka-enroll bilang miyembro sa aming plano. Sa susunod na taon, magkakaroon ng ilang pagbabago sa aming mga benepisyo, pagkakasakop, patakaran, at gastusin. Itong *Taunang Abiso ng Mga Pagbabago* ang magsasabi sa inyo ng mga pagbabago at kung saan makikita ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga ito. Para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gastusin, benepisyo, o patakaran, pakibasa ang *Aklat-Gabay ng Miyembro*, na nasa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinasyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Mga karagdagang mapagkukunan ng tulong at impormasyon

- Available nang libre ang dokumentong ito sa Ingles, Espanyol, Chinese, at Tagalog.
- Puwede ninyong makuha itong Taunang Abiso ng mga Pagbabago nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking print, braille o audio. Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage 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 materyal sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mag-email sa CareAdvantageSupport@hpsm.org o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage 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

OMB Approval 0938-1444 (Mag-e-expire sa: Hunyo 30, 2026)

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



- *Itatala ang gusto ninyong wika at format para sa mga mailing at komunikasyon sa hinaharap, kaya hindi na kailangan ng miyembro na humiling nang hiwalay sa bawat pagkakataon, at*
- *Para baguhin o kanselahin ang inyong mga kagustuhan, pakikontak ang Yunit ng CareAdvantage.*

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

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا 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: Չանզահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក



សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**។ ជំនួយ

និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

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

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

中國人 (Chinese): 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**。这些服务都是免费的。

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

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong): CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-866-880-0606 (TTY:1-800-**



735-2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本(Japanese): 注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Lao): ປະກາດ:

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

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



ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih 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.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вам нужна



помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: **ATENSIYON:** Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Libre ang mga serbisyong ito.

แบบไทย (Thai): โปรดทราบ:

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

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

українською (Ukrainian): УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Mga Pagtatatwa (Disclaimers)	9
B. Pagrepaso ng inyong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon.....	9
B1. Impormasyon tungkol sa CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP)	10

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin	10
C. Mga pagbabago sa mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa aming samahan	12
D. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastusin para sa susunod na taon	13
D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo para sa serbisyong medikal	13
D2. Mga pagbabago sa gastusin para sa pagkakasakop ng inireresetang gamot.....	14
D3. Yugto 1: “Unang Yugto ng Pagkakasakop”	17
D4. 2 Yugto: “Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot” (Catastrophic Coverage)	18
E. Mga pagbabago sa pangangasiwa	19
F. Pagpili ng plano.....	19
F1. Pananatili sa aming plano	19
F2. Pagpapalit ng plano	20
G. Paghingi ng tulong.....	27
G1. Aming plano	27
G2. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	27
G3. Ombuds Program	28
G4. Medicare.....	28
G5. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan.....	29
G6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare.....	29



A. Mga Pagtatatwa (Disclaimers)

- ❖ Ang CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na parehong nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga naka-enroll. Ang pagpapa-enroll sa CareAdvantage ay nakasalalay sa pagpapa-renew ng kontrata.
- ❖ Posibleng magkaroon ng mga limitasyon, copay, at mga paghihigpit. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o basahin ang Aklat-Gabay ng Miyembro. Ang ibig sabihin nito ay posibleng kailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo, at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na patakaran para bayaran ng CareAdvantage ang mga serbisyo sa inyo.
- ❖ Posibleng mabago ang Listahan ng Mga Sakop na Gamot at/o mga samahan ng parmasya at tagabigay ng serbisyo sa kabuuan ng taon. Padadalhan namin kayo ng abiso bago kami magsagawa ng pagbabagong makakaapekto sa inyo.
- ❖ Posibleng mabago ang mga benepisyo at/o copay tuwing Enero 1 ng bawat taon.
- ❖ Posibleng maiba ang copay o mga inireresetang gamot batay sa antas ng Karagdagang Tulong na matatanggap ninyo. Mangyaring kumontak sa plano para sa higit pang detalye.

B. Pagrepaso ng inyong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal para sa susunod na taon

Mahalagang repasuhin ngayon ang inyong pagkakasakop upang matiyak na matutugunan nito ang inyong mga pangangailangan sa susunod na taon. Kung hindi nito matutugunan ang inyong mga pangangailangan, maaari kayong umalis sa aming plano. Sumangguni sa **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, ang inyong membership ay matatapos 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 karapat-dapat kayo.

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

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon F2**.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon F2**.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



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

- Ang CareAdvantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na parehong nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal upang magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga miyembro.
- Ang pagkakasakop sa ilalim ng CareAdvantage ay kuwalipikadong pagkakasakop sa kalusugan na tinatawag na “pinakamababang makabuluhang pagkakasakop (minimum essential coverage).” Natutugunan nito ang kahingian sa pang-indibidwal na bahagi ng pananagutan sa ilalim ng Batas sa Murang Pangangalaga at Proteksiyon ng Pasyente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Pakibisita ang website ng Serbisyo para sa Pangongolekta ng Buwis (Internal Revenue Service, IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa karagdagang impormasyon sa itinatakandang pang-indibidwal na bahagi sa pananagutan.
- Kapag sinabi nitong *Taunang Abiso ng Mga Pagbabago* ang mga salitang “kami,” “amin,” “namin,” o “aming plano,” nangangahulugan ito na Medicare Medi-Cal Plan.

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin

- **Tingnan kung may anumang pagbabago sa aming mga benepisyo at gastusin na posibleng makaapekto sa inyo.**
 - Mayroon bang anumang pagbabago na nakakaapekto sa mga serbisyong ginagamit ninyo?
 - Repasuhin ang mga pagbabago sa benepisyo at gastusin para matiyak na hindi ito makakaapekto sa inyo sa susunod na taon.
 - Sumangguni sa **Seksyon D1** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa benepisyo at gastusin para sa aming plano.
- **Tingnan kung mayroong anumang pagbabago sa pagkakasakop sa inireresetang gamot na posibleng makaapekto sa inyo.**
 - Masasakop ba ang inyong mga gamot? Puwede pa rin ba kayong pumunta sa mga dating parmasya? Magkakaroon ba ng anumang pagbabago gaya

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



ng paunang awtorisasyon, step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot), o mga limitasyon sa dami?

- Basahin ang mga pagbabago para matiyak na magiging epektibo sa inyo ang aming pagkakasakop sa gamot sa susunod na taon.
- Sumangguni sa **Seksyon D2** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming pagkakasakop sa gamot.
- Posibleng nagmahal na ang gastusin sa inyong gamot mula noong isang taon.
 - Kausapin ang inyong doktor tungkol sa mas murang mapagpipilian na puwede ninyong makuha; posibleng makatipid kayo sa sariling gastos sa buong taon.
 - Tandaan na ang mga benepisyo sa inyong plano ang magtatakda kung magkano ang eksaktong magiging pagbabago sa mga gastusin ninyo sa gamot.
- **Tingnan kung kasali pa ang inyong mga tagabigay ng serbisyo at parmasya sa aming samahan sa susunod na taon.**
 - Nasa samahan ba namin ang inyong mga doktor, kabilang ang inyong mga espesyalista? Kasama rin ba ang inyong parmasya? Paano naman ang mga ospital o iba pang tagabigay ng serbisyo na ginagamit ninyo?
 - Sumangguni sa **Seksyon C** para sa impormasyon tungkol sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.
- **Pag-isipan ang inyong kabuuang gastusin sa plano.**
 - Magkano ang magiging sariling gastos (out-of-pocket) ninyo para sa mga serbisyo at inireresetang gamot na madalas ninyong ginagamit?
 - Paano ninyo maihahambing ang kabuuang halaga sa iba pang mapagpipilian na pagkakasakop ng Medicare?
- **Pag-isipan kung nasisiyahan kayo sa plano namin.**

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



Kung magdedesisyon kayong manatili sa CareAdvantage:

Kung gusto ninyong manatili sa amin sa susunod na taon, madali lang ito – wala na kayong kailangang gawin. Kung wala kayong gagawing pagbabago, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll sa CareAdvantage.

Kapag nagdedesisyon kayong magpalit ng mga plano:

Kung magdedesisyon kayong mas angkop sa mga pangangailangan ninyo ang ibang pagkakasakop, baka makalipat kayo ng plano (sumangguni sa **Seksyon F2** para sa karagdagang impormasyon). Kung mag-e-enroll kayo sa bagong plano, o lilipat kayo sa Orihinal na Medicare, magsisimula ang inyong bagong pagkakasakop sa unang araw ng kasunod na buwan.

C. Mga pagbabago sa mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa aming samahan

Ang mga halaga na binabayaran ninyo para sa iniresetang gamot ay maaaring nakabatay sa kung anong parmasya ang ginagamit ninyo. Ang aming plano ay may samahan ng mga parmasya. Sa karamihan ng mga kaso, *masasakop lamang* ang inyong mga reseta kung pinapuno ang mga ito sa isa sa mga parmasya ng samahan.

Nagbago na ang aming mga samahan ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya para sa 2025.

Pakirepaso ang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya para sa 2025* para malaman kung nasa samahan namin ang inyong mga tagabigay ng serbisyo o parmasya. Makikita ang updated na *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa updated na impormasyon ng tagabigay ng serbisyo o para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

Mahalagang alam ninyo na puwede rin kaming gumawa ng mga pagbabago sa aming samahan sa buong taon. Kung aalis sa aming plano ang inyong tagabigay ng serbisyo, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyon. Para sa mga karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



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

D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo para sa serbisyong medikal

Walang pagbabago sa inyong mga benepisyo o sa mga halagang binabayaran ninyo para sa mga medikal na serbisyo. Ang aming mga benepisyo at ang ibinabayad ninyo para sa mga sakop na serbisyong medikal na ito ay parehong-pareho sa 2025 tulad noong 2024.

	2024 (ngayong taon)	2025 (susunod na taon)
Benepisyo sa Mga Item na Mabibili nang Walang Reseta (Over-the-counter, OTC)	\$90 kada tatlong buwan. Hindi madadala sa susunod ang mga hindi nagamit na card allowance.	\$95 kada tatlong buwan. Madadala sa susunod na tatlong buwan ang hindi nagamit na card allowance.
Benepisyo ng Healthy Grocery	\$65 kada tatlong buwan. Hindi madadala sa susunod ang mga hindi nagamit na card allowance.	\$70 kada tatlong buwan. Madadala sa susunod na tatlong buwan ang hindi nagamit na card allowance.
Device para sa Medikal na Alerto	Hindi sakop ang device para sa medikal na alerto.	Sakop ang device para sa medikal na alerto.
Mga Pagsakay para sa Fitness Membership Program	Hindi sakop ang Mga Pagsakay para sa Fitness Membership Program	Sakop ang 12 one-way na pagsakay kada buwan para sa Fitness Membership Program. (Dapat sundin ng mga user ang lahat ng patakaran sa Benepisyo sa Pagsakay ng HPSM.)

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



D2. Mga pagbabago sa gastusin para sa pagkakasakop ng inireresetang gamot

Mga Pagbabago sa aming *Listahan ng mga Gamot*

May updated na *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa updated na impormasyon ng gamot o para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)*.

May mga binago kami sa aming *Listahan ng mga Gamot*, kung saan posibleng kasama ang pag-aalis o pagdaragdag ng mga gamot, pagbago sa mga gamot na sakop namin, at mga pagbabago sa mga paghihigpit na ipinapataw sa aming pagkakasakop sa ilang partikular na gamot.

Basahin ang *Listahan ng mga 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 mga Gamot* ay bago para sa simula ng bawat taon. Gayunpaman, posibleng gumawa kami ng iba pang pagbabago na pinapayagan ng Medicare at/o ng estado na makakaapekto sa inyo sa taon ng plano. Ina-update namin nang buwanan man lamang ang aming online na *Listahan ng mga Gamot* para maibigay ang pinaka-updated na listahan ng mga gamot. Kung gagawa kami ng pagbabagong makakaapekto sa isang gamot na iniinom ninyo, papadalhan namin kayo ng abiso tungkol sa pagbabago.

Kung apektado kayo sa pagbabago sa pagkakasakop ng gamot, hinihikayat namin kayong:

- Kumonsulta sa inyong doktor (o iba pang tagareseta) para makahanap ng ibang gamot na sinasakop namin.
 - Puwede kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para humingi ng *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* na nagbibigay-lunas sa parehong kondisyon.
 - Makatutulong ang listahang ito sa inyong tagabigay ng serbisyo para makahanap ng sakop na gamot na posibleng epektibo sa inyo.
- Makipagtulungan sa inyong doktor (o ibang tagareseta) at hilingin sa amin na magkaroon ng eksepsiyon para masakop ang gamot.
 - Puwede kayong humiling ng eksepsiyon bago sumapit ang susunod na taon, at ibibigay namin sa inyo ang sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang nagbibigay-suportang pahayag ng inyong tagareseta).

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



- Para malaman kung ano ang dapat ninyong gawin sa paghiling ng eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng page.
- Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng eksepsiyon, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage o ang inyong tagapamahala ng pangangalaga. Sumangguni sa **Kabanata 2 at 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman pa kung paano kumontak sa inyong tagapamahala ng pangangalaga.
- Hilingin sa aming sakupin ang isang pansamantalang supply ng gamot.
 - Sa ilang sitwasyon, masasakop namin ang isang **pansamantalang** supply ng gamot sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.
 - Ang pansamantalang supply ay para sa hanggang 30 araw. (Para alamin pa ang tungkol sa kung kailan kayo puwedeng makakuha ng pansamantalang supply at kung paano humingi nito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay 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 eksepsiyon para sa inyo at sakupin ang inyong kasalukuyang gamot.

Kung binigyan kayo ng eksepsiyon noong 2024 para sakupin ang isang gamot na wala sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)*, kakailanganin ninyong humiling ng isa pang eksepsiyon kapag nag-expire na ang eksepsiyong iyon.

Sa kasalukuyan, puwede naming alisin agad ang isang branded na gamot sa aming *Listahan ng Mga Gamot* kung papalitan namin ito ng bagong bersyon ng generic na gamot sa pareho o mas mababang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) at may mga pareho o mas kaunting tuntunin sa branded na gamot na papalitan nito. Gayundin, kapag nagdaragdag ng bagong generic na gamot, puwede rin kaming magpasyang panatilihin ang branded na gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot*, pero agad namin itong ililipat sa ibang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) o magdaragdag kami ng mga bagong tuntunin o pareho.

Simula sa 2025, puwede naming agad na palitan ang mga orihinal na biological na produkto ng ilang partikular na biosimilar. Ibig sabihin, halimbawa, kung umiinom kayo ng orihinal na biological na produkto na papalitan ng biosimilar, posibleng hindi kayo makatanggap ng abiso

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



tungkol sa pagbabago 30 araw bago namin ito gawin o puwede kayong kumuha ng isang buwang supply ng inyong orihinal na biological na produkto sa isang parmasya ng samahan. Kung iniinom ninyo ang orihinal na biological na produkto sa oras na gawin namin ang pagbabago, makakakuha pa rin kayo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin, pero puwede itong dumating pagkatapos naming gawin ang pagbabago.

Posibleng bago sa inyo ang ilan sa mga uring ito ng gamot. Para sa mga depinisyon ng mga uri ng gamot, pakitingnan ang **Kabanata 12** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Nagbibigay rin ang Food and Drug Administration (FDA) ng impormasyong pang-konsumerista tungkol sa mga gamot. Sumangguni sa website ng FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. Puwede rin ninyong kontakin ang Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina o puwede kayong humingi sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, tagareseta, o parmasyutiko para sa higit pang impormasyon.

Mga Pagbabago sa gastusin para sa inireresetang gamot

Mayroong dalawang antas ng pagbabayad para sa inyong pagkakasakop para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D na nasa ilalim ng aming plano. Nakabatay ang halagang ibabayad ninyo sa inyong antas sa panahong magpapuno o muling magpapuno kayo ng reseta. Ang dalawang yugto ay:

<p style="text-align: center;">Yugto 1 Unang Yugto ng Pagkakasakop</p>	<p style="text-align: center;">Yugto 2 Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot (Catastrophic Coverage)</p>
<p>Sa yugtong ito, babayaran ng aming plano ang bahagi ng mga gastusin sa inyong mga gamot, at kayo naman ang magbabayad ng inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi.</p> <p>Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang reseta para sa taon.</p>	<p>Sa yugtong ito, ang plano ang magbabayad sa lahat ng gastusin sa inyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2025.</p> <p>Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakapagbayad na kayo ng isang partikular na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).</p>

Matatapos ang Unang Yugto ng Pagkakasakop kapag ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) para sa mga inireresetang gamot ay umabot na sa **\$2,000**. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Ang plano namin ang sasagot sa lahat ng inyong gastusin sa gamot mula sa

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



panahong ito hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga inireresetang gamot.

Simula 2025, sa ilalim ng Programa ng Diskwento mula sa Manufacturer, ang mga manufacturer ng gamot ay magbabayad ng isang bahagi ng buong gastos sa plano para sa mga sakop na branded na gamot at biologic sa Bahagi D sa Unang Yugto ng Pagkakasakop. Hindi kasama sa mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) ang mga diskwentong binabayaran ng mga manufacturer sa ilalim ng programa ng Diskwento mula sa Manufacturer.

D3. Yugto 1: “Unang Yugto ng Pagkakasakop”

Sa Unang Yugto ng Pagkakasakop, babayaran ng aming plano ang parte nito sa gastusin para sa inyong mga sakop na inireresetang gamot at babayaran ninyo ang inyong parte. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Nakadepende ang copay sa kung nasaang antas sa cost-sharing (hatian ng gastos) nabibilang ang gamot at kung saan ninyo kinukuha ito. Magbabayad kayo ng copay sa tuwing kukuha kayo ng reseta. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Para sa impormasyon tungkol sa mga gastusin para sa pangmatagalang panustos, tingnan ang Kabanata 6, Seksyon D ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Sakop ang karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D nang wala kayong babayaran.

Ipinapakita ng susunod na talahanayan ang mga gagastusin mo para sa mga gamot sa bawat isa sa 2 naming antas ng gamot. Nalalapat **lang** ang mga halagang ito kapag kayo ay nasa Unang Yugto ng Pagkakasakop.

	2024 (ngayong taon)	2025 (susunod na taon)
<p>Mga Gamot sa Antas 1 <i>(mga generic na gamot)</i></p> <p>Gastusin para sa isang buwan na supply ng gamot sa Antas 1 na pinupunan sa parmasya ng samahan</p>	<p>Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0, \$1.55, o \$4.50 kada reseta.</p>	<p>Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0, \$1.60, o \$4.90 kada reseta.</p>

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



	2024 (ngayong taon)	2025 (susunod na taon)
<p>Mga Gamot sa Antas 2 (<i>mga branded na gamot</i>)</p> <p>Gastusin para sa isang buwan na supply ng gamot sa Antas 2 na pinupunan sa parmasya ng samahan</p>	<p>Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0, \$4.60, o \$11.20 kada reseta.</p>	<p>Ang inyong copay para sa isang buwan (30 araw) na supply ay \$0, \$4.80, o \$12.15 kada reseta.</p>

Matatapos ang Unang Yugto ng Pagkakasakop kapag ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) ay umabot sa **\$2,000**. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Ang plano ang sasagot sa lahat ng inyong gastusin sa gamot mula sa panahong ito hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga inireresetang gamot.

D4. 2 Yugto: “Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot” (Catastrophic Coverage)

Simula 2025, ang mga manufacturer ng gamot ay magbabayad ng isang bahagi ng buong gastos sa plano para sa mga sakop na branded na gamot at biologic sa Bahagi D sa Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Hindi kasama sa mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) ang mga diskwentong binabayaran ng mga manufacturer sa ilalim ng Programa ng Diskwento mula sa Manufacturer.

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon ng gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) na **\$2,000** para sa mga inireresetang gamot, magsisimula ang Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot at wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na gamot. Mananatili

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



kayo sa Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga gastusin sa Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot, sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

E. Mga pagbabago sa pangangasiwa

Gagawin namin ang sumusunod na pagbabago sa pangangasiwa para sa 2025. Tumutulong ang programang ito sa mga may napakalalaking copay sa gamot para sa isang partikular na buwan. Gayunpaman, hindi nito mapapababa ang inyong kabuuang mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost); sa halip, ikakalat nito nang pantay ang inyong mga gastos sa buong taon bilang mga buwanang pagbabayad.

	2024 (ngayong taon)	2025 (susunod na taon)
Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare	Hindi angkop	Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare ay puwedeng makatulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gastos sa gamot sa pamamagitan ng pagkalat ng mga ito sa buong taon bilang mga buwanang pagbabayad. Para alamin pa ang tungkol sa programang ito, pakikontak kami sa numero sa ibaba ng page o bisitahin ang www.medicare.gov .

F. Pagpili ng plano

F1. Pananatili sa aming plano

Umaasa kaming mapanatili kayong miyembro ng plano. Wala kayong kailangang gawin para manatili sa aming plano. Kung **hindi** kayo lilipat sa ibang plano ng Medicare o lilipat sa Orihinal

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



na Medicare, awtomatiko kayong mananatiling naka-enroll bilang miyembro ng aming plano para sa 2025.

F2. Pagpapalit ng plano

Karamihan sa mga taong may Medicare ang maaari lang magwakas ng membership sa mga partikular na bahagi ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, puwede ninyong wakasan ang inyong membership sa aming plano o puwede kayong lumipat sa ibang plano nang isang beses sa bawat isa sa mga sumusunod na Panahon ng Espesyal na Enrollment:

- Enero hanggang Marso
- Abril hanggang Hunyo
- Hulyo hanggang Setyembre

Bukod pa sa tatlong panahong ito ng Espesyal na Enrollment, puwede ninyong tapusin ang inyong membership sa aming plano sa mga sumusunod na panahon:

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll**, na tatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magtatapos ang inyong membership sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang inyong membership sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll (Open Enrollment Period) sa Medicare Advantage (MA)**, na tatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong membership sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kuwalipikado kayong gumawa ng pagbabago sa inyong pagkaka-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 pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o ospital para sa matagalang pangangalaga). Kung umalis kayo kamakailan sa isang institusyon, puwede kayong magpalit ng plano o lumipat sa Orihinal na Medicare nang dalawang buong buwan pagkalipas ng buwan ng pag-alis ninyo.

Ang mga serbisyo sa inyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong mapagpipilian para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang mapagpipilian

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon F2**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong membership sa aming plano.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



1. Puwede kayong lumipat sa:

Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama-sama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Inaayos ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kasama ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal.

Tandaan: Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa mga naka-integrate na dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California.

Ito ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. 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 Pag-aalaga para sa Nakatatanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly; PACE), tumawag sa **1-855-921-PACE (7223)**.

Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:

- Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY **7-1-1**). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.hicapsanmateocounty.org/>

O

Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan.

Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano. Magbabago ang inyong plano sa

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



	<p>Medi-Cal para tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.</p>
--	--

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



<p>2. Puwede kayong lumipat sa:</p> <p>Orihinal na Medicare na may nakahiwalay na planong Medicare para sa inireresetang gamot</p>	<p>Ito ang dapat gawin:</p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <u>https://www.hicapsanmateocounty.org/</u> <p>O</p> <p>Mag-enroll sa isang bagong Plano sa Inireresetang Gamot ng Medicare.</p> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare.</p> <p>Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.</p>
--	--

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



3. Puwede kayong lumipat sa:

Orihinal na Medicare na walang nakahiwalay na plano ng Medicare para sa inireresetang gamot

TANDAAN: Kapag lumipat kayo sa Orihinal na Medicare at hindi nagpa-enroll sa hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, posibleng i-enroll kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali.

Dapat na ihinto lamang ninyo ang pagkakasakop sa inireresetang gamot kung may pagkakasakop kayo ng gamot sa iba pang mapagkukunan, tulad ng taga-empleyo o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagsakop sa gamot, tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.hicapsanmateocounty.org/>.

Ito ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-877-486-2048**.

Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:

- Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY **7-1-1**). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.hicapsanmateocounty.org/>

Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare.

Hindi magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal maliban na lang kung hihiling kayo ng pagbabago.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



<p>4. Puwede kayong lumipat sa:</p> <p>Anumang planong pangkalusugan ng Medicare sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll at ang Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage o iba pang sitwasyong inilalarawan sa Seksyon A.</p>	<p>Ito ang dapat gawin:</p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (TTY 7-1-1). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang https://www.hicapsanmateocounty.org/ <p>O</p> <p>Mag-enroll sa bagong Medicare na plano.</p> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano.</p> <p>Maaaring magbago ang Medi-Cal na plano ninyo.</p>
--	---

Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano pipili ng Medi-Cal na plano o makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, kumontak sa Health

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



Care Options sa **1-800-430-4263**, Lunes – Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 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 Orihinal na Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong pagkakasakop sa Medi-Cal.

G. Paghingi ng tulong

G1. Aming plano

Narito kami para tumulong kung mayroon kayong anumang tanong. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina sa mga nakalistang araw at oras na bukas. Toll-free ang mga tawag na ito.

Basahin ang inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*

Ang inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay isang legal at detalyadong paglalarawan ng mga benepisyo ng aming plano. May mga detalye ito tungkol sa mga benepisyo at gastos para sa 2025. Ipinapaliwanag nito ang inyong mga karapatan at patakarang kailangan ninyong sundin para makuha ang mga serbisyo at inireresetang gamot na sakop namin.

Puwede nang makuha sa Oktubre 15 ang *Aklat-Gabay ng Miyembro para sa 2025*. May makukuhang up-to-date na kopya ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para hilingin sa amin na padalhan kayo ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa 2025.

Ang Aming Website

Puwede ninyong bisitahin ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Bilang paalala, nasa website namin ang pinaka-up to date na impormasyon tungkol sa aming samahan ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya (*Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*) at ang aming *Listahan ng mga Gamot (Pormularyo)*.

G2. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Puwede kayong tumawag sa Programa ng Estado sa Pagtulong sa Segurong Pangkalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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 plano. Hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. May mga tagapayo (counselor) na nakakuha na ng

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



pagsasanay ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay **1-800-434-0222**. (TTY **7-1-1**). Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.hicapsanmateocounty.org/>.

G3. Ombuds Program

Makakatulong sa inyo ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program kung may problema kayo sa plano namin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman at available ang mga ito sa lahat ng wika. Gagawin ng Medicare Medi-Cal Ombuds Program ang mga sumusunod:

- maglilingkod bilang tagapagtaguyod sa ngalan ninyo. Masasagot nila ang mga katanungan kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan 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 ito konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang numero ng telepono para sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program ay **1-855-501-3077**.

G4. Medicare

Para direktang makakuha ng impormasyon mula sa Medicare, tawagan ang **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**.

Website ng Medicare

Puwede kayong bumisita sa 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, pagkakasakop, at rating ng kalidad para tulungan kayong magkumpara ng mga plano.

Makakahanap kayo ng impormasyon tungkol sa mga Medicare na plano na mayroon sa inyong lugar sa pamamagitan ng Tagahanap ng Plano ng Medicare (Medicare Plan Finder) sa website ng Medicare. (Para sa impormasyon tungkol sa mga plano, sumangguni sa www.medicare.gov at mag-click sa “Maghanap ng mga plano.”)

Medicare & You (Ikaw at ang Medicare) 2025

Puwede ninyong basahin ang aklat-gabay na *Medicare & You (Ikaw at ang Medicare) 2025*. Tuwing taglagas taon-taon, ipinadadala ang libritong ito sa pamamagitan ng koreo sa mga taong may Medicare. Mayroon itong buod ng mga benepisyo ng Medicare, mga karapatan at

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



proteksiyon, at mga sagot sa mga madalas na tanong tungkol sa Medicare. Available din ang aklat-gabay 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 pamamagitan ng pagtawag 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**.

G5. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan

Ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care, DMHC) ang siyang may responsibilidad 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 hinahadlangan ng prosesong ito para sa karaingan ang anumang mga posibleng karapatang legal o remedyo na puwede ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emergency, sa isang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang higit 30 araw, puwede ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Puwede rin kayong maging karapat-dapat sa isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR). Kung kuwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso para sa IMR ng walang kinikilingang pagrerepaso ng mga desisyong medikal na ginawa ng planong pangkalusugan at may kinalaman sa medikal na pangangailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagkakasakop ng paggamot na eksperimental o para sa pag-iimbestiga, at mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding toll free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kahinaan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form para sa reklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR, at mga instruksiyon online. Sumangguni sa **Kabanata 9, Seksyon F4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

G6. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare ay puwedeng makatulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gastos sa gamot sa pamamagitan ng pagkalat ng mga ito sa buong taon bilang mga buwanang pagbabayad. Hindi pinapababa ng programang ito ang inyong kabuuang mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost). 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

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang www.hpsm.org/careadvantage.



Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare lang. Kwalipikadong sumali sa programang ito ang lahat ng naka-enroll, anuman ang antas ng kita. Para alamin pa ang tungkol sa programang ito, pakikontak kami sa numero sa ibaba ng pahinang ito o bisitahin ang **Medicare.gov**.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage 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 pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang **www.hpsm.org/careadvantage**.



FORM NG KAHILINGAN NG MGA BABASAHIN NG MIYEMBRO CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

Makukuha online ang lahat ng babasahin ng miyembro sa www.hpsm.org.

Upang mag-order ng mga naka-print na bersyon, sagutan ang form na nasa ibaba at ipadala ito sa HPSM.

Ito ay opsyonal: ipadala lang sa koreo ang form kung gusto mo ng mga babasahing naka-print sa papel.

Mga babasahing maaari mong i-order

Buod ng mga Benepisyo Ipinapaliwanag nang maikling ang mga benepisyo at serbisyo ng CareAdvantage na may mga sagot sa mga madalas itanong, impormasyon sa pakikipag-ugnay at paglalarawan ng iyong mga karapatan bilang miyembro. Tingnan online sa www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials.

Handbook ng Miyembro Ipinapaliwanag ang iyong saklaw sa CareAdvantage, kabilang ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, saklaw sa inireresetang gamot, at iba pa. Tingnan online sa www.hpsm.org/careadvantage-2025/member-materials.

Direktoryo ng Provider Listahan ng lahat ng doktor, espesyalista, at parmasya (mga provider) na nasa network ng CareAdvantage. Maghanap sa Direktoryo ng Provider online sa www.hpsm.org/directory-search.

Pormularyo Listahan ng mga gamot na sinasaklaw ng CareAdvantage. Gamitin ito upang malaman kung saklaw ang iyong mga gamot. Maghanap sa Pormularyo online sa www.hpsm.org/drug-search.

Kung mayroon kang mga katanungan tungkol dito sa form ng kahilingan, o kung kailangan mo ng tulong sa paghanap ng isang doktor o isang gamot, mangyaring makipag-ugnay sa CareAdvantage Unit, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. sa **650-616-2174** o **1-866-880-0606**. TTY: **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.

.....Gupitin dito at ipadala pabalik sa Health Plan of San Mateo

Mangyaring padalhan ako ng naka-print na kopya ng sumusunod na **mga babasahin** ng CareAdvantage:

Buod ng mga Benepisyo

Handbook ng Miyembro

Direktoryo ng Provider

Pormularyo

Pangalan

Apelyido

Address sa Koreo

Lungsod, Estado, Zip Code

..... *Gupitin dito at ipadala pabalik sa Health Plan of San Mateo*



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

ABISO NG KAWALAN NG DISKRIMINASYON

D Labag sa batas ang diskriminasyon. Sinusunod ng HPSM ang mga Pang-estado at Pederal na batas hinggil sa karapatang sibil. Ang HPSM ay hindi labag sa batas na nakikitungo nang may diskriminasyon, hindi isinasama ang mga tao, o iba ang pakikitungo sa kanila dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, kinikilalang etnikong grupo, edad, kapansanan sa isip, kapansanang pisikal, karamdaman, genetic na impormasyon, pagkakaroon o kawalan ng asawa (marital status), kasarian (gender), identidad na pangkasarian (gender identity) o oryentasyong seksuwal.

Nagkakaloob ang HPSM ng:

- Libreng mga tulong at serbisyo sa mga taong may kapansanan para matulungan silang mas mainam na makipag-usap, tulad ng:
 - ✓ Mga kuwalipikadong tagasalin ng wika sa pagsesenyas
 - ✓ Nakasulat na impormasyon sa ibang format (malalaking print, audio, nagagamit na elektronikong format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika para sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
 - ✓ Mga kuwalipikadong tagasalin
 - ✓ Impormasyong nakasulat sa ibang wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnay sa CareAdvantage Unit sa pagitan ng Lunes hanggang Linggo, 8:00 ng umaga hanggang 8:00 ng gabi. sa pagtawag sa **1-866-880-0606**. Kung hindi kayo nakaririnig o nakapagsasalita nang maayos, pakitawagan ang TTY **1-800-735-2929** o **7-1-1**. Kung hihilingin, puwedeng ibigay sa inyo ang dokumentong ito sa braille, malaking print, electronic, o audio na anyo. Para makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

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

PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN

Kung naniniwala kayo na ang HPSM ay nabigong ipagkaloob ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nakikitungo nang may diskriminasyon, hindi isinasama ang mga tao o iba sa pakikitungo sa kanila dahil sa kanilang kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, kinikilalang etnikong grupo, edad, kapansanang pangkaisipan, pisikal na kapansanan, medikal na kondisyon, genetic na impormasyon, kawalan o pagkakaroon ng asawa, kasarian, identidad na pangkasarian o oryentasyong seksuwal, maaari kayong maghain ng isang karaingan sa HPSM. Maaari kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, nang personal, o sa pamamagitan ng email:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Makipag-ugnay sa pagitan ng Lunes hanggang Linggo, 8:00 ng umaga hanggang 8:00 ng gabi sa pagtawag sa **1-866-880-0606**. O kung hindi kayo nakaririnig o nakapagsasalita nang maayos, pakitawagan ang TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o gumawa ng sulat at ipadala ito sa:

Health Plan of San Mateo
Attn.: Civil Rights Coordinator
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- Nang personal: Bisitahin ang opisina ng inyong doktor o HPSM at sabihin na gusto ninyong maghain ng karaingan.
- Sa paraang elektroniko: Bumisita sa website ng HPSM sa grievance.hpsm.org

OPISINA NG KARAPATANG SIBIL (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ANG DEPARTAMENTO NG MGA PANGKALUSUGANG SERBISYO SA PANGANGALAGA SA CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES)

Maaari rin kayong maghain ng reklamo tungkol sa karapatang sibil sa Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services) Opisina ng Karapatang Sibil (Office of Civil Rights) sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa paraang elektroniko:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa **916-440-7370**. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, pakitawagan ang **7-1-1 (Telecommunications Relay Service)**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

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

Makukuha ang mga form ng reklamo sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Sa paraang elektroniko: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Kung naniniwala kayo na pinakitunguhan kayo nang may diskriminasyon batay sa inyong lahi, kulay, pinagmulang bansa, edad, kapansanan o kasarian, maaari rin kayong maghain ng karapatang sibil na reklamo sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento ng mga Serbisyonang Pangkalusugan at Pantao, Opisina ng Karapatang Sibil ng U.S.) sa pamamagitan ng pagsulat, pagtawag, o sa paraang elektroniko:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, pakitawagan ang TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

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

Makukuha ang mga form para sa reklamo sa www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- Sa paraang elektroniko: Bisitahin ang Tagatanggap ng Reklamo ng Opisina para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights Complaint Portal) sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

LANGUAGE TAGLINES

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

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

հայերեն (Armenian): Ուշադրութեամբ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中國人 (Chinese): 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)。这些服务都是免费的。

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

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong): CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本(Japanese): 注意日本語での対応が必要な場合は 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Lao): ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ຊຶ່ງເອກະສານທີ່ບັນທຶກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Tais serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Libre ang mga serbisyong ito.

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

українською (Ukrainian): УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:1-800-735-2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado

Nakatuon ang Health Plan of San Mateo (HPSM) sa pangangalaga ng iyong impormasyon sa kalusugan, na anumang impormasyon tungkol sa:

- Iyong nakaraan o kasalukuyang kalusugan ng katawan o isipan.
- Anumang pagbabayad para sa mga serbisyong pangkalusugan na maaaring matukoy na iyo bilang isang indibidwal.

Kasama sa mga halimbawa ng impormasyon sa kalusugan ang iyong pangalan, petsa ng kapanganakan, mga pag-diagnose, mga medikal na paggamot, mga medikal na claim, lahi, etnisidad, wika, pagkakakilanlan ng kasarian at sekswal na oryentasyon.

Ibinubuod ng abisong ito ang mga kasanayan sa pagkapribado ng HPSM at ang iyong mga karapatan bilang miyembro ng HPSM tungkol sa iyong impormasyon sa kalusugan. Ipinapaliwanag nito ang:

- Kung paano pinangangalagaan ng HPSM ang iyong impormasyon sa kalusugan alinsunod sa batas ng estado at pederal.
- Paano legal na magagamit at maisisiwalat ng HPSM ang iyong impormasyon sa kalusugan. (Tinutukoy ng “gamitin” ang kung paano namin ibinabahagi ang impormasyon sa loob ng HPSM. Tinutukoy ng “isiwalat” ang pagbabahagi ng impormasyon sa labas ng HPSM.)
- Paano mo maaakses ang iyong impormasyon sa kalusugan.

Sinasaklaw *lamang* ng abisong ito ang mga kasanayan sa pagkapribado ng HPSM. Maaaring may iba't ibang patakaran ang iyong provider tungkol sa kanilang paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyon sa kalusugan na ginawa sa kanilang tanggapan.

Kung may mga tanong ka tungkol sa abisong ito, tumawag sa mga Serbisyo sa Miyembro ng HPSM sa **1-866-880-0606**. Bukas kami Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Maaaring tumawag ang mga miyembrong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita sa California Relay Service (CRS) sa **1-800-735-2929** o **711**.

Mga legal na kinakailangan ng HPSM tungkol sa impormasyon sa kalusugan

Inuutusan kami ng batas na:

- Tiyaking ang impormasyon sa kalusugan na kumikilala sa iyo ay pinanatiling pribado.
- Ibigay sa iyo itong abiso ng mga kasanayan sa pagkapribado.
- Sundin ang mga tuntunin ng abisong ito na kasalukuyang umiiral.

Paano namin maaaring gamitin o isiwalat ang iyong impormasyon sa kalusugan

Pinapayagan ng batas ng estado at pederal ang HPSM na gamitin at isiwalat ang impormasyon sa kalusugan ng aming mga miyembro. Nasa ibaba ang listahan ng mga uri ng impormasyon sa kalusugan at mga halimbawa ng paggamit at/o pagsisiwalat. Hindi kasama rito ang bawat posibleng pinapayagang paggamit at pagsisiwalat. Hindi nito nilalayon na limitahan ang mga paggamit at pagsisiwalat na pinapayagan ng batas. Gayunpaman, bawat paraan na magagamit nami at maisisiwalat ang iyong impormasyon sa kalusugan ay mapapailalim sa isa o iba pa ng mga uring ito.

- **Pagbabayad para sa mga serbisyong pangkalusugan.** Sinuri namin ang iyong impormasyon sa kalusugan bago aprubahan ang pagbabayad para sa paggamot na hiningi ng iyong provider para makatiyak na ito ay medikal na kinakailangan.
- **Pagpapabuti ng mga operasyon ng HPSM.** Maaari naming gamitin ang impormasyon sa kalusugan ng mga miyembro upang suriin ang pagganap ng aming mga provider at ihambing ang kalidad ng aming mga serbisyo sa serbisyo ng ibang pang planong pangkalusugan. Ginagawa namin ito nang palihim nang hindi tinutukoy ang mga indibidwal na miyembro.
- **Pamamahala ng pangangalaga** Nagagawa naming masuri ang iyong mga paggamot at gamot sa pamamagitan ng pagbabahagi ng iyong impormasyon sa kalusugan sa iyong mga provider upang matiyak na hindi nagkakasalungatan ang mga ito sa bawat isa.
- **Mga referral sa mapagkukunan.** Maaari naming tukuyin at irekomenda ang mga benepisyo, serbisyo at/o programa ng HPSM batay sa iyong impormasyon sa kalusugan.

- **Mga kontratista na tumutulong sa aming mga operasyon.** Sumasang-ayon ang mga kontratista na panatilihin kumpidensyal at ligtas ang impormasyon sa kalusugan, at gamitin lang ito upang matulungan kami. Halimbawa, nakikipagkontrata kami sa isang “Tagapamahala ng Benepisyo ng Parmasya” at binibigyan sila ng impormasyong kailangan nila upang bayaran ang mga claim sa parmasya ng aming mga miyembro.
- **Mga sponsor ng programang insurance sa kalusugan.** Nakikipagkontrata ang mga employer at iba pang organisasyon sa HPSM upang makapagbigay kami ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan at magbayad ng mga claim. Sumasang-ayon sila na panatilihin kumpidensyal at ligtas ang impormasyon sa kalusugan, at gamitin lamang ito upang matulungan kami. Kung mayroon kang sponsor ng plano, maaari naming abisuhan sila kapag nagpatala ka o umalis sa aming plano. Maaari din naming isiwalat ang iyong impormasyon sa kalusugan upang ma-audit ng sponsor ang pagganap ng HPSM.
- **Mga miyembro ng pamilya o indibidwal na kasali sa iyong pangangalaga o pagbabayad sa iyong pangangalaga.** Maaari naming ilabas ang iyong impormasyon sa kalusugan sa mga miyembro ng pamilya o sa ibang taong nagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Gagawin namin ito kung kinakailangan ito upang magawa nilang magbayad para sa iyong pangangalaga o gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Isisiwalat lang namin ang iyong impormasyon sa kalusugan kung naroroon ka at sumang-ayon ka rito, maliban kapag:
 - Pinipigilan ka ng iyong kondisyong medikal na gumawa ng mga desisyon at naniniwala kami na ang pagsisiwalat ng iyong impormasyon ay para sa iyong pinakamabuting kapakanan.
 - Pagkatapos ng iyong pagkamatay (maliban kung sinabi mo muna sa amin na huwag ibahagi ang iyong impormasyon).
- **Mga paaralan.** Maaaring maging legal na kinakailangan sa isang paaralan na magkaroon ng katunayan ng pagbabakuna para sa isang mag-aaral na nagpatala o nakatala sa paaralan. Sa mga kasong iyon, maaari naming bigyan ang paaralang iyon ng mga rekord ng pagbabakuna ng mag-aaral.

Mga Espesyal na Sitwasyon

Isinisiwalat namin ang impormasyon sa kalusugan tungkol sa iyo:

- **Kapag kinakailangan ng pederal, pang-estado o lokal na batas.**
- **Upang maiwasan ang seryosong banta sa iyong kalusugan at kaligtasan o sa kalusugan at kaligtasan ng iba.** Isisiwalat lang namin ang impormasyon sa isang taong makakatulong na maiwasan ang banta.
- **Kung miyembro ka ng sandatahang lakas o isang beterano** ayon sa kinakailangan ng mga awtoridad ng militar o upang makatulong sa pagtukoy ng iyong pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ng beterano.
- **Kung nasa pangangalaga ka ng isang institusyong koreksiyonal** bilang bahagi ng koordinasyon ng iyong pangangalaga.
- **Sa mga programa na nagbibigay ng kabayaran sa mga manggagawa** at iba pang benepisyo para sa mga pinsalang nauugnay sa trabaho o sakit.
- **Para sa mga aktibidad ng pampublikong kalusugan,** tulad ng:
 - Pag-iwas o pagkontrol ng sakit, pinsala o kapansanan
 - Pag-uulat ng pang-aabuso o kapabayaang sa bata.
 - Pag-uulat ng mga pagsilang o pagkamatay.
 - Pag-uulat ng mga reaksiyon sa mga gamot o mga problema sa mga produkto.

- Pag-aabiso sa iyo tungkol sa mga pagbawi sa mga produktong maaaring ginagamit mo.
 - Pag-aabiso sa iyo kung maaaring nalantad ka sa isang sakit o maaaring nanganganib sa pagkahawa o sa pagkalat ng isang sakit.
 - Pag-aabiso sa naaangkop na awtoridad ng gobyerno kung naniniwala kami na biktima ka ng pang-aabuso, pagpapabaya o karahasan sa tahanan. Isisiwalat lamang namin ito kung sumasang-ayon ka o kapag pinahintulutan ng batas.
- **Para sa mga ahensyang nangangasiwa sa kalusugan** para sa mga aktibidad na pinahintulutan ng batas. Halimbawa, maaaring naming isiwalat ang iyong impormasyon sa kalusugan sa pampublikong ahensya na responsable sa pangangasiwa ng mga operasyon ng HPSM. Mahalaga ang mga aktibidad na ito upang mabigyang-daan ang gobyerno na subaybayan ang sistema ng pangangalagang pangkalusugan at mga programa ng gobyerno sa mga benepisyong pangkalusugan.
 - **Para sa mga demanda at pagtatalo** kung inuutos ng isang korte, hukuman, subpoena o iba pang prosesong naaayon sa batas. Ginagawa lamang namin ito pagkatapos ng hindi matagumpay na mga pagsisikap na abisuhan ka tungkol sa kahilingan o kumuha ng utos na pinoprotektahan ang hinihiling na impormasyon.
 - **Sa mga opisyal ng pagpapatupad ng batas** sa mga limitadong pangyayari (ibig sabihin, kung hininling ito ng opisyal o para iulat ang gawaing kriminal). Karaniwan, dapat may kaugnayan ito sa pagsisiyasat ng krimen, utos ng korte, warrant o legal na pinahihintulutang aktibidad para sa pambansang seguridad.
 - **Upang makatulong sa misyon ng militar** o ibang aktibidad ng gobyerno na may kaugnayan sa intelihensya, o pambansang seguridad o pagprotekta sa Pangulo.
 - **Sa mga coroner, mga medikal na tagasuri, at direktor ng punerarya** upang magagawa nila ang kanilang mga tungkulin pagkatapos mamatay ang mga miyembro.
 - **Sa mga organisasyon ng pag-transplant ng organ** nagtatrabaho sa pag-transplant ng organ o tisyu para sa mga layunin ng pagpapadali ng isang pag-transplant.
 - **50 taon pagkatapos ng pagkamatay.** Maaari naming isiwalat ang impormasyon sa kalusugan ng mga miyembro na namatay na sa alinmang ahensya pagkatapos mamatay ng miyembro sa loob ng hindi bababa sa 50 taon.
 - **Para sa mga organisasyon ng pagtulong sa sakuna.** Kung hindi mo gustong ipakita namin ang iyong impormasyon para sa pagtulong sa sakuna, mayroon kang karapatang pigilin ang naturang pagbabahagi.

Legal na mga limitasyon

Sumusunod kami sa mga batas na maaaring maglimita o pigilan ang mga pagsisiwalat na nakalista sa itaas. Halimbawa:

- May mga espesyal na limitasyon sa pagsisiwalat ng impormasyon sa kalusugan tungkol sa katayuan ng HIV/AIDS, paggamot sa kalusugan ng isipan, mga kapansanan sa pag-unlad, at paggamot sa pang-aabuso sa droga at alak.
- Hindi maaaring gamitin ang impormasyon tungkol sa lahi, etnisidad, wika, pagkakakilanlan ng kasarian at sekswal na oryentasyon sa pagseseguro, pagtatakda ng rate, pagtanggap ng mga serbisyo, pagtukoy sa coverage at benepisyo.
- Hindi namin maaaring ibenta ang iyong impormasyon.

Pahintulot

Bukod sa mga sitwasyong inilarawan sa itaas, hindi namin pinapayagan ang paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyon sa kalusugan nang wala ang iyong nakasulat na permiso o pahintulot. Halimbawa, maaari naming gamitin at ibahagi ang impormasyon sa kalusugan tungkol sa iyo para lamang sa mga layuning pananaliksik kung mayroon kami ng

iyong pahintulot. Hindi makakaapekto ang iyong desisyon na bigyan kami ng pahintulot sa iyong medikal na paggamot, mga benepisyo ng planong pangkalusugan, pagbabayard sa paggamot o pagiging karapat-dapat sa pagpapatala. Mayroon kang karapatan na bawiin ang iyong pahintulot kahit napirmahan mo na ang isang pahintulot para sa paggamit o pagsisiwalat ng iyong impormasyon sa kalusugan. Sa kasong iyon, hindi na namin gagamitin o isisiwalat ang iyong impormasyon sa kalusugan para sa layuning iyon. Gayunpaman, hindi namin maaaring ibalik ang anumang pagsisiwalat na nagawa namin sa panahong mayroon kaming pahintulot na gawin ito.

Iyong mga karapatan tungkol sa iyong impormasyon sa kalusugan

Mayroon kang karapatan na:

- **Makakuha ng papel na kopya nitong abiso sa pagkapribado.** Makukuha mo rin ang abisong ito sa aming website sa www.hpsm.org/privacy-policy.aspx.
- **Magtalaga ng isang tao para katawanin ka.** Maaari kang magbigay sa isang tao ng medikal na kapangyarihan ng abogado, na nagbibigay-daan sa taong iyon na kumilos sa ngalan mo at gumawa ng mga pagpili tungkol sa iyong impormasyon sa kalusugan. Naaangkop din ang karapatang ito kung mayroon kang legal na tagapag-alaga. Titiyakin namin na sinumang taong magsasabing kinakatawan ka niya ay may kapangyaring ito bago kami gumawa ng anumang aksyon.
- **Humiling ng mga paghihigpit o limitasyon sa paggamit o pagsisiwalat ng iyong impormasyon sa kalusugan.** Sa iyong kahilingan, dapat mong sabihin sa amin:
 - Kung anong impormasyon sa kalusugan ang gusto mong limitahan.
 - Kung gusto mong limitahan namin ang aming paggamit ng impormasyon, pagsisiwalat ng impormasyon, o pareho.
 - Kung kanino mo gustong gamitin ang mga limitasyon.
- **Kontrolin ang impormasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo na tinatanggap mo.** Kasama sa mga sensitibong serbisyo ang pagpapayo sa kalusugan ng pag-iisip, mga serbisyon sa kalusugang reprodutibo, mga serbisyo sa sakit na naipapasa sa pakikipagtalik, mga serbisyo sa sekswal na pag-atake at paggamot sa droga. Ang mga taong nasa tamang edad at may kakayahang magbigay ng pahintulot sa mga serbisyonang ito ay hindi kailangang humingi ng pahintulot ng sinuman para makuha ang mga ito o magpasa ng claim para sa kanila.
- **Humiling ng kumpidensyal na mga komunikasyon.** May karapatan kang humiling na makipag-ugnayan kami sa iyo tungkol sa mga usaping medikal (kasama ang mga sensitibong serbisyo) nang pribado at may espesyal na pag-aasikaso. Sa gayon, hindi namin ibibigay ang iyong natukoy na impormasyon sa sinuman nang wala ang iyong nakasulat na pahintulot.
 - Maaari mong hilingin sa amin na magpadala ng mga komunikasyon tungkol sa mga medikal na usapin o mga sensitibong serbisyo sa isa pang address sa koreo, email address o numero ng telepono na pipiliin mo. Kung hindi ka magbigay ng isa pang paraan ng pakikipag-ugnayan, magpapadala kami ng mga komunikasyon sa iyo sa address o numero ng telepono na mayroon kami sa file.
 - Igagalang namin ang iyong mga kahilingan para kumuha ng mga kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling mo. O titiyakin naming ang iyong mga komunikasyon ay madaling ilagay sa anyo at format na hiniling mo.
 - Magtatagal ang iyong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon hanggang kanselahin mo ito o

magpasa ka ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

- Hindi kami hihingi sa iyo ng dahilan para sa iyong kahilingan. Habang gagawin namin lahat ng pagsisikap na asikasuhin ang mga makatwirang kahilingan, *hindi kailangang sumang-ayon kami sa mga kahilingan*. Kung sumang-ayon kami, susunod kami maliban kung kinakailangan ang impormasyon para mabigyan ka ng pang-emergency na paggamot.

Para humiling ng kumpidensyal na mga komunikasyon o espesyal na pag-aasikaso sa paraan kung paano ka kinontak, dapat kang magpadala sa koreo ng nakasulat na kahilingan sa Privacy Officer ng HPSM.

- **Isang pagtutuos ng mga pagsisiwalat.** May karapatan kang humiling ng listahan ng mga pagsisiwalat na ginawa namin sa iyong impormasyon sa kalusugan para sa iyong paggamot, pagbabayad para sa iyong pangangalaga at aming mga operasyon. Kasama rin nito ang karamihang iba pang pagsisiwalat na iniutos sa amin o pinahintulutang gawin nang wala ang iyong pahintulot (gaya ng mga ahensya ng gobyerno na nagsusuri ng aming mga programa). Para humiling ng pagtutuos ng mga pagsisiwalat, magpadala sa koreo ng nakasulat na kahilingan sa Privacy Officer ng HPSM. Ang iyong kahilingan ay dapat para sa isang panahong hindi mas mahaba sa tatlong taon bago ang petsa ng iyong kahilingan at maaaring hindi isama ang mga petsa bago ang Abril 14, 2003.
- **lakses ang iyong impormasyon sa kalusugan.** May karapatan kang kumuha ng kopya ng ilang impormasyon sa kalusugan na pinananatili ng HPSM sa mga rekord nito. Sa pangkalahatan, kasama nito ang mga rekord ng kalusugan at mga claim. Para kuhanin ang kopya ng iyong medikal na rekord, makipag-ugnayan sa iyong provider. Para kumuha ng kopya ng impormasyon sa kalusugan na pinananatili namin, magpadala sa koreo ng nakasulat na kahilingan sa Privacy Officer ng HPSM. Maaaring maningil kami ng bayad na makatwiran at batay sa gastos. Pagkatapos, magbibigay kami ng kopya o buod ng iyong mga rekord ng kalusugan at mga claim, karaniwang sa loob ng 30 araw mula sa iyong kahilingan. Kung tinanggihan namin ang iyong kahilingan, sasabihin namin sa iyo sa sulat ang dahilan sa loob ng 60 araw mula sa iyong kahilingan. Pagkatapos, maaari kang humiling na suriin ang pagtanggap ng isang tao bukod sa taong tumanggi sa iyong kahilingan. Susundin namin ang resulta ng pagsusuri.
- **Tumanggap ng abiso ng paglabag.** Ang paglabag ay kapag ang protektadong impormasyon sa kalusugan ay kinuha, ginamit, o isiniwalat sa paraang lumalabag sa nauugnay na mga batas sa pagkapribado. Para maging kwalipikado bilang isang paglabag, dapat hindi ligtas ang impormasyon sa kalusugan (na ang ibig sabihin ay maaakses ito ng iba). Sa loob ng dalawang buwan ng pagkaalam na nilabag ang iyong impormasyon sa kalusugan, kailangan naming magpadala sa iyo ng abiso na nagpapaliwanag:
 - Kung ano ang nangyari.
 - Ang mga uri ng impormasyon na sangkot sa paglabag.
 - Mga hakbang na dapat mong gawin para protektahan ang iyong impormasyon.
 - Ano ang ginagawa ng HPSM para siyasatin ang sitwasyon, bawasan ang pinsala sa iyo at iwasan ang mga paglabag sa hinaharap.
- **Baguhin ang hindi tama o hindi kompletong mga rekord ng kalusugan at mga claim.** May karapatan kang humiling ng pagbabago hangga't pinananatili namin ang impormasyon. Pagkatapos, idaragdag ang nakasulat na puna sa iyong impormasyon sa kalusugan sa HPSM. Para humiling ng pagbabago, magpadala sa koreo ng nakasulat na kahilingan sa Privacy Officer ng HPSM.

Ipadala sa koreo ang mga nakasulat na kahilingan sa Privacy Officer ng HPSM sa:

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

Kung tinanggihan namin ang iyong kahilingan na baguhin ang iyong impormasyon sa kalusugan, aabisuhan ka namin sa pagsulat na may paliwanag kung bakit tinanggihan ng iyong kahilingan. Hindi iniuutos sa amin na baguhin ang impormasyon sa kalusugan na:

- Hindi ginawa ng HPSM (maliban kung hindi na available ang taong gumawa ng impormasyon para gawin ang pagbabago).
- Hindi bahagi ng impormasyong pinananatili namin.
- Hindi bahagi ng impormasyon na papayagan kang kumuha ng kopya nito.
- Tama at kompleto.

Para malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pagkapribado, bisitahin ang website ng California Department of Health Services sa www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx.

Aabisuhan ka tungkol sa mga pagbabago sa abisong ito

Inilalaan namin ang karapatang baguhin ang abisong ito, pagkatapos ay gawin itong may bisa para sa lahat ng impormasyon sa kalusugan na mayroon na kami tungkol sa iyo pati na rin ang anumang matatanggap namin sa hinaharap. Makikita mo ang petsa ng bisa ng abisong ito sa ilalim ng bawat pahina. Aabisuhan ka namin tungkol sa mga pagbabago sa abisong ito sa pamamagitan ng koreo sa loob ng 60 araw ng mga pagbabago. Magpo-post din kami ng kopya ng pinakabagong abiso sa aming website sa www.hpsm.org/privacy-policy.aspx.

Paano magsampa ng karaingan tungkol sa iyong mga karapatan sa pagkapribado

Kung naniniwala kang nilabag ang iyong mga karapatan sa pagkapribado, maaari kang magsampa ng karaingan sa HPSM. Hindi ka paparusahan dahil sa pagsasampa ng karaingan. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa U.S. Department of Health and Human Services para magsampa ng reklamo.

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

MGA PANGANIB NG MATAGALANG GAMIT NG OPIOID AT MGA PAYO SA PAGBAWAS NG MGA PANGANIB

Mga klase ng gamot ang mga opioids na nairereseta bilang gamot sa kirot. Sa mas matagal na gamit, tumataas ang panganib. Kung gumagamit kayo o balak gumamit nang higit sa tatlong buwan, mahalagang malaman ang mga posibleng panganib. Gusto naming masiguradong mayroon kayo ng impormasyon para mapanatiling ligtas ang sarili.

MGA PANGANIB NG MATAGALANG GAMIT NG OPIOID*

MALING GAMIT AT PAGKAGUMON Isa sa bawat apat na tao na matagalang gumagamit ng mga opioid ay dumadaan sa problema ng pag-abuso o pagkagumon. Sa katagalan, baka di na malunasan ng gamot ang inyong kirot, na puwedeng akalain ninyo tuloy na kailangan ninyo ng mas mataas na dosis.

HIGIT NA KIROT Kapag gumagamit ng mga opioid araw-araw, puwede nitong palubhain ang kirot o maging sanhi ng kirot sa ibang parte ng inyong katawan na hindi kumikirot dati. Walang sapat na datos na nagpapatunay na nakakabawas ng kirot ang matagalang gamit ng opioid.

MGA HIRAP SA KALUSUGAN gaya ng:

- Pananakit ng tiyan
- Mga problema sa paghinga
- Pagkalito
- Hindi pagdumi
- Depression (Matinding kalungkutan)
- Pagkadapa at pagkabali ng buto
- Mga problema sa puso
- Pagbabago sa hormone
- Sobrang dosis o pagkamatay

Kabilang sa mga sakop na gamot ang:

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

MAGBAWAS NG MGA PANGANIB NA KASAMA NG PANGMATAGALANG PAGGAMIT NG OPIOID

Kausapin ang inyong tagabigay ng serbisyo tungkol sa:

- Mas mataas na panganib ng sobrang dosis habang gumagamit ng opioid kasabay ng ibang gamot (gaya ng benzodiazepines na gamot sa insomnia o anxiety).
- Kung paanong mabuti sa kalusugan ninyo ang pagbawas o pagtigil sa paggamit ng mga opioid.
- Ibang klase ng pamamahala ng kirot na puwedeng mas mabuti at mas ligtas kaysa mga opioid, gaya ng:

LUNAS NA HINDI GAMOT:

- ▲ Physical therapy
- ▲ Eherbisyo
- ▲ Paghinto sa paggamit ng tabako
- ▲ Therapy sa pamamagitan ng pakikipag-usap
- ▲ Acupuncture

MGA GAMOT NA HINDI OPIOID:

- ▲ Acetaminophen
- ▲ Mga non-steroidal anti-inflammatory drug o NSAIDs (gaya ng ibuprofen, naproxen o diclofenac)
- ▲ Mga anticonvulsant (gaya ng gabapentin o pregabalin)
- ▲ Mga antidepressant (gaya ng amitriptyline o duloxetine)
- ▲ Mga produktong topical (gaya ng lidocaine patches)

Bumisita sa www.hpsm.org/pain-management para malaman ang higit pa tungkol sa pamamahala ng kirot na hindi gumagaling.

* Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. MMWR Recomm Rep 2022;71(No. RR-3):1–95. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>

BENEPISYO NG HPSM SA PAGSAKAY

Mga libreng pagsakay sa mga aprubadong pagbisita para sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga miyembro ng Medi-Cal at CareAdvantage

Puwedeng gamitin ang Benepisyong HPSM sa Pagsakay kapag wala nang ibang magagamit na anyo ng transportasyon para sa mga aprubadong pagbisita para sa pangangalagang pangkalusugan. Kabilang sa mga pagbisitang ito ang mga pagbisitang nauugnay sa medikal na kalusugan, parmasya, kalusugan ng ngipin, kalusugan ng pag-uugali, at mga pagbisita para sa pag-abuso ng substance na sakop ng Medi-Cal. Hindi saklaw ang mga pagsakay papunta sa mga lokasyong hindi nauugnay sa pangangalagang pangkalusugan (paaralan, gym, tanggapan ng pamahalaan, grocery store).

MGA AVAILABLE NA SERBISYO NG PAGSAKAY



Ang curb-to-curb na serbisyo ay para sa

- Kayang makapaghintay ng kanilang sasakyan sa gilid ng kalsada
- Kayang makapasok/makalabas sa sasakyan/gusali nang hindi nangangailangan ng tulong.
- May cell phone para makatanggap ng mga text message mula sa driver.



Ang door-to-door na serbisyo ay para sa:

- Nangangailangan ng tulong ng driver para makapasok/makalabas ng sasakyan/gusali.
- Hindi na nangangailangan ng tulong kapag nasa loob na ng gusali.
- Walang cell phone para makatanggap ng mga text message mula sa driver.

PAANO SASAKAY



Tumawag sa AMERICAN LOGISTICS (AL) nang hindi bababa sa dalawang araw bago ang inyong appointment.

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

Ihanda ang mga sumusunod na detalye para sa AL:

- Ang numero ng ID ninyo bilang miyembro ng HPSM.
- Ang petsa at oras ng inyong appointment.
- Inyong lokasyon ng pagsusunduan at appointment.
- Kung gusto ninyong magpahatid pauwi.
- Kung kailangan ninyong magpasama sa sasakyan (sa isang kapamilya o tagapag-alaga).



Maging handa sa pagsakay ninyo.

Susunuin kayo sa lokasyong itinakda ninyo nang isang oras at labinlimang minuto o mas maaga bago ang nakaiskedyul ninyong oras ng appointment. Limang minuto lang maghihintay ang driver.



Kung hiniling ninyong magpahatid pauwi,

tumawag *pagkatapos mismo ng iyong appointment*. Susunuin kayo ng driver sa loob ng 45 minuto.



Para magkansela ng pagsakay, dapat

kayong tumawag nang 2 oras o mas maaga bago ang nakaiskedyul na oras ng pagsundo sa inyo para maiwasang magkaroon ng no-show sa inyong rekord.

Ang mga oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Para sa mga agarang appointment, tumawag kaagad (kahit sa mga oras na sarado ang opisina).

Mag-email sa transportationprogram@hpsm.org para sa higit pang impormasyon.

Kailangan ng specialized na medikal na sasakyan? Kailangan ng reseta mula sa isang tagabigay ng serbisyo para makasakay sa isang ambulansya, wheelchair van, o litter van para sa mga medikal na dahilan. Hindi magagamit ang Benepisyong HPSM sa Pagsakay.

Bisitahin ang www.hpsm.org/ride para sa mga detalye tungkol sa benepisyong pagsakay at kung paano ito gagamitin.



**HealthPlan
OF SAN MATEO**

Healthy is for everyone
801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR STD
U.S. POSTAGE
PAID
HPSM

MAHALAGANG CAREADVANTAGE DUAL SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP) IMPORMASYON.

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

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.