H8794_27A009TL_M
4422927541_S009_TL
PBP #: 009

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) na iniaalok ng Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Rehiyon ng Southern California

Taunang Abiso Tungkol sa Pagbabago para sa 2027

Panimula

Ikaw ay kasalukuyang nakatala bilang miyembro ng aming plano. Sa susunod na taon, magkakaroon ng ilang pagbabago sa aming mga benepisyo, coverage, mga panuntunan, at mga gastos. Ang *Taunang Abiso Tungkol sa Pagbabago* na ito ay nagbibigay sa iyo ng detalye tungkol sa mga pagbabago at kung saan makakahanap ng higit pang impormasyon tungkol sa mga ito. Para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gastos, benepisyo, o panuntunan, suriin ang *Handbook ng Miyembro (Member Handbook)*, na makikita sa aming website sa kp.org/eocscal (nasa Ingles), Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina para makakuha ng kopya sa pamamagitan ng koreo. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga karagdagang resource

- Available ang dokumentong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese.
- Puwede mong makuha ang *Taunang Abiso ng Pagbabago* na ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, audio file, o data file. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711).
- Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo, para hilingin ang sumusunod:
    - Gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format.
    - Isang standing request para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, **at**
    - Baguhin ang isang nakabinbing kahilingan para sa mas gustong wika at/o format

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務爲免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Disclaimer 9

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

B1. Impormasyon tungkol sa aming plano 10

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin 11

C. Mga pagbabago sa mga provider at parmasya na nasa network namin 12

D. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastos para sa susunod na taon 13

D1. Mga pagbabago sa mga benepisyo at gastos para sa mga medikal na serbisyo 13

D2. Mga pagbabago sa coverage ng gamot 18

D3. Yugto 1: “Yugto ng Paunang Coverage” 20

D4. Yugto 2: “Yugto ng Catastrophic na Coverage” 22

E. Pagpili ng Plano 22

E1. Pananatili sa aming plano 22

E2. Pagpapalit ng plano 22

F. Paghingi ng tulong 28

F1. Aming plano 28

F2. Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) 28

F3. Programa ng Tanodbayan 29

F4. Medicare 29

F5. Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California 30

F6. Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta sa Medicare 30

A. Mga Disclaimer

- Ang Kaiser Permanente ay isang Health Maintenance Organization (HMO) Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) plan na may kontrata sa Medicare at kontrata sa programa ng Medi-Cal. Nakadepende ang pagpapatala sa Kaiser Permanente sa pag-renew ng kontrata.

- Ang benepisyo para sa masustansyang pagkain ay bahagi ng espesyal na dagdag na programa para sa mga taong may pabalik-balik na sakit. Hindi lahat ng miyembro ay kwalipikado. Dapat ay may ilang partikular na pabalik-balik na kundisyon ang miyembro, gaya ng diabetes, labis na katabaan, mga sakit sa puso at daluyan ng dugo, osteoarthritis, o malalang sakit sa bato, para maging kwalipikado. May iba pang kundisyon na puwedeng magkwalipika sa iyo sa benepisyong ito. Hindi awtomatikong magagarantiya ang pagiging kwalipikado sa benepisyong ito batay lang sa iyong kundisyon. Dapat matugunan muna ang lahat ng naaangkop na kinakailangan sa pagiging kwalipikado bago maibigay ang benepisyo. Para sa mga detalye, makipag-ugnayan sa amin.

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

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

Kung pipiliin mong umalis sa aming plano, matatapos ang iyong membership sa huling araw ng buwan kung kailan isinagawa ang iyong kahilingan. Magiging bahagi ka pa rin ng mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kwalipikado ka.

Kung aalis ka sa aming plano, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

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

B1. Impormasyon tungkol sa aming plano

- Ang Kaiser Permanente Dual Complete South P9 plan ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal para maibigay sa mga miyembro ang mga benepisyo ng parehong programa.
- Kapag ang nakasaad sa *Taunang Abiso Tungkol sa Pagbabago* na ito ay “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” ang tinutukoy nito ay ang Medicare Medi-Cal Plan.

B2. Mahahalagang bagay na dapat gawin

- **Tingnan kung mayroong anumang pagbabago sa aming mga benepisyo at gastos na maaaring makaapekto sa iyo.**
  - Mayroon bang anumang pagbabago na nakakaapekto sa mga serbisyong ginagamit mo?
  - Suriin ang mga pagbabago sa benepisyo at halaga para matiyak na magiging naaangkop ang mga ito para sa iyo sa susunod na taon.
  - Sumangguni sa **Seksyon D1** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa benepisyo at gastos para sa aming plano.
- **Tingnan kung mayroong anumang pagbabago sa aming coverage sa gamot na maaaring makaapekto sa iyo.**
  - Kasama ba sa coverage ang iyong mga gamot? Nasa ibang tier ng bahagi sa gastos ba ang mga ito? Maaari mo bang gamitin ang parehong parmasya? Magkakaroon ba ng anumang pagbabago tulad ng paunang awtorisasyon?
  - Suriin ang mga pagbabago para matiyak na ang aming coverage sa gamot ay magiging naaangkop para sa iyo sa susunod na taon.
  - Sumangguni sa **Seksyon D2** para sa impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming coverage sa gamot.
  - Ang halaga ng iyong gamot ay maaaring tumaas na simula noong nakaraang taon.
    - Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa mga mas murang alternatibo na maaari mong gamitin; sa pamamagitan nito, posible kang makatipid sa taunang gastos mula sa sariling bulsa sa buong taon.
    - Tandaan na ang mga benepisyo ng plano mo ang eksaktong tumutukoy sa kung gaano kalaki ang maaaring ipagbago ng halaga ng iyong sariling gamot.
- **Tingnan kung ang iyong mga provider at parmasya ay magiging bahagi ng aming network sa susunod na taon.**
  - Nasa network ba namin ang iyong mga doktor, pati na rin ang iyong mga espesyalista? Paano ang iyong parmasya? Paano ang mga ospital o iba pang provider na ginagamit mo?

  - Sumangguni sa **Seksyon C** para sa impormasyon tungkol sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya (Provider and Pharmacy Directory)*.
- **Pag-isipan ang iyong kabuuang mga gastos sa plano.**
  - Magkano ang gagastusin mo mula sa sariling bulsa para sa mga serbisyo at gamot na regular mong ginagamit?
  - Ano ang kabuuang gastos kumpara sa iba pang opsyon sa coverage?
- **Pag-isipan kung nasisiyahan ka sa aming plano.**

Kung magpapasya kang manatili sa Kaiser Permanente Dual Complete South P9:	**Kung magpapasya kang magpalit ng plano:**
Kung magpapasya kang manatili sa amin sa susunod na taon, madali lang – wala kang kailangang gawin. Kung wala kang gagawing pagbabago, awtomatiko kang mananatiling naka-enroll sa Kaiser Permanente Dual Complete South P9.	Kung magpapasya kang may ibang coverage na mas mahusay na makakatugon sa iyong mga pangangailangan, maaari kang lumipat ng plano (sumangguni sa **Seksyon E2** para sa higit pang impormasyon). Kung mag-e-enroll ka sa isang bagong plano, o lilipat ka sa Original Medicare, magsisimula ang iyong bagong coverage sa unang araw ng susunod na buwan.

C. Mga pagbabago sa mga provider at parmasya na nasa network namin

Ang mga halagang babayaran mo para sa iyong mga gamot ay nakadepende sa kung aling parmasya ang gagamitin mo. Ang aming plano ay may network ng mga parmasya. Sa karamihan ng mga sitwasyon, sinasaklaw *lang* ang iyong mga reseta kapag kinukuha ang mga ito sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Ang aming mga network ng provider at parmasya ay nagbago para sa 2027.

Suriin ang 2027 *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman kung nasa aming network ang iyong mga provider (provider ng pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, ospital, atbp). May updated na *Direktoryo ng Provider at Parmasya* na matatagpuan sa aming website sa kp.org/directory (nasa Ingles). Puwede mo ring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa updated na impormasyon ng provider o para hilingin sa aming magpadala sa iyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa pamamagitan ng koreo.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

Mahalagang alam mong puwede rin kaming gumawa ng mga pagbabago sa aming network sa kabuuan ng taon. Kung aalis ang iyong provider sa aming plano, mayroon kang ilang partikular na karapatan at proteksyon. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina para sa tulong.

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

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

Babaguhin namin ang aming coverage para sa ilang partikular na medikal na serbisyo at ang ibinabayad mo para sa mga sakop na medikal na serbisyo sa susunod na taon. Inilalarawan ng talahanayan sa ibaba ang mga pagbabagong ito.

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga Serbisyo ng Ambulansya	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$400** para sa bawat one-way na biyahe.	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$290** para sa bawat one-way na biyahe.
Mga Therapeutic na Sapatos at Insert para sa Diabetic	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **20%** coinsurance.	**$0** ang babayaran mo.
Matibay na medikal na kagamitan (Durable Medical Equipment, DME) Sumagguni sa Kabanata 12 sa *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng “Matibay na medikal na kagamitan (DME).”	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **0%** o **20%** coinsurance, depende sa item.	**$0** ang babayaran mo.
Departamento ng Emergency	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$115** para sa bawat pagpapatingin.	**$0** ang babayaran mo.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Acute na Pangangalaga para sa Inpatient	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$355** bawat araw sa araw **1–5** (**$0** para sa mga natitirang araw sa pananatili mo) para sa bawat admission.	**$0** ang babayaran mo.
Mga Medikal na Kagamitan	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **0%** o **20%** coinsurance, depende sa item.	**$0** ang babayaran mo.
Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT), at Positron Emission Tomography (PET)	**$0** ang babayaran mo.	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$50** para sa bawat procedure.
Mga Serbisyo sa Obserbasyon	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$0** kapag inilipat ka para sa obserbasyon mula sa Departamento ng Emergency o pagkatapos ng outpatient na operasyon o ng **$115** kada pananatili kapag direkta kang na-admit sa ospital para sa obserbasyon bilang outpatient.	**$0** ang babayaran mo.

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga Over-the-Counter (OTC) na Item	Makakatanggap ka ng allowance bawat quarter na **$200** sa isang **preloaded na card para sa maiinam na extra** para bumili ng mga kwalipikadong OTC na item online at sa mga kalahok na retail na tindahan, pati sa mga retail na parmasya ng Kaiser Permanente.	Makakatanggap ka ng allowance bawat quarter na **$170** sa isang **preloaded na card para sa maiinam na extra** para bumili ng mga kwalipikadong OTC na item online at sa mga kalahok na retail na tindahan, pati sa mga retail na parmasya ng Kaiser Permanente. Kung kwalipikado ka sa Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Pabalik-balik na Sakit (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (tingnan ang row na “Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Pabalik-balik na Sakit”), puwede mo ring gamitin ang iyong allowance para bumili ng masustansyang pagkain. Mare-reload ang iyong card tuwing Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1. Hindi maro-roll over sa susunod na quarter ang anumang hindi magagamit na bahagi ng allowance bawat quarter. Tandaan: Hindi puwedeng gamitin ang allowance para sa mga tip o bayarin (gaya ng bayad sa delivery o shipping).

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga Prosthetic Device	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **20%** coinsurance.	**$0** ang babayaran mo.
Residensyal na Paggamot sa Labis na Pag-inom ng Alak at Paggamit ng Droga at Kalusugan ng Isip	**Sinasaklaw sa ilalim ng iyong Dual Complete plan bilang benepisyo ng Medicare. $0** ang babayaran mo.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng iyong Dual Complete plan bilang benepisyo ng Medicare.** **Ang Paggamot sa Bahay ng Disorder sa Paggamit ng Substance at Kalusugan ng Isip ay sinasaklaw sa ilalim ng iyong Dual Complete plan bilang benepisyo ng Medi-Cal** na ibinibigay ng iyong Ahensya para sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali ng County.
Pangangalaga sa Pasilidad ng Sanay na Pag-aalaga (Skilled Nursing Facility, SNF)	**$0** ang babayaran mo.	**$0** ang babayaran mo. Kung mawawala ang coverage mo sa Medi-Cal na may buong saklaw, magbabayad ka ng **$0** para sa araw **1–20**, **$221** bawat araw para sa araw **21–100** sa bawat yugto ng benepisyo.
Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Pabalik-balik na Sakit (SSBCI) – masustansyang pagkain Ang benepisyo para sa masustansyang pagkain ay bahagi ng espesyal na dagdag na programa para sa mga taong	**Hindi** sinasaklaw.	**Sinasaklaw, kung kwalipikado ka sa SSBCI.** Magagawa ng mga miyembrong tinukoy ng plano na nakakatugon sa mga pamantayan para sa benepisyong ito na gamitin ang **preloaded na card para sa maiinam na extra** na

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
may pabalik-balik na sakit. Hindi lahat ng miyembro ay kwalipikado. Dapat ay may ilang partikular na pabalik-balik na kundisyon ang miyembro, gaya ng diabetes, labis na katabaan, mga sakit sa puso at daluyan ng dugo, osteoarthritis, o malalang sakit sa bato, para maging kwalipikado. May iba pang kundisyon na puwedeng magkwalipika sa iyo sa benepisyong ito. Hindi awtomatikong magagarantiya ang pagiging kwalipikado sa benepisyong ito batay lang sa iyong kundisyon. Dapat matugunan muna ang lahat ng naaangkop na kinakailangan sa pagiging kwalipikado bago maibigay ang benepisyo. Para sa mga detalye, makipag-ugnayan sa amin.		inilalarawan sa row ng OTC para bumili ng masustansyang pagkain, gaya ng prutas at gulay, bukod pa sa mga OTC na item, online at sa mga kalahok na retail na tindahan. Mare-reload ang iyong card tuwing Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1. Hindi maro-roll over sa susunod na quarter ang anumang hindi magagamit na bahagi ng allowance bawat quarter. Tandaan: Hindi puwedeng gamitin ang allowance para sa mga tip o bayarin (gaya ng bayad sa delivery o shipping). Tingnan ang iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang detalye.
Mga Serbisyo sa Transportasyon - Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon na hindi sinasaklaw ng Medicare Kapag iniatas ng provider na nasa network, sasaklawin namin ang medikal na kinakailangang hindi pang-emergency na transportasyon sa isang lisensyadong stretcher/gurney van o wheelchair van pauwi sa bahay (nasa 100 milya), papunta sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga (SNF), o	**Hindi** sinasaklaw.	Sinasaklaw. Magbabayad ka ng **$0**.

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
papunta sa iba pang mas mataas na antas ng pangangalaga kasunod ng inpatient na pagpapaospital o ilang partikular na emergency, pangangalagang kinakailangan kaagad, o outpatient na pagpapaospital.		

D2. Mga pagbabago sa coverage ng gamot

Mga pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot*

Ang aming Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot ay tinatawag na Pormularyo o Listahan ng Gamot. Makakakita ng kopya ng aming Listahan ng Gamot online sa kp.org/seniorrx (nasa Ingles). Gumawa kami ng mga pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot*, na maaaring kinabibilangan ng pag-aalis o pagdaragdag ng mga gamot, pagpapalit ng mga gamot na sinasaklaw namin, at pagbabago sa mga paghihigpit na nalalapat sa aming coverage para sa ilang partikular na gamot o paglilipat ng mga ito sa ibang antas ng bahagi sa gastos.

Suriin ang *Listahan ng Gamot* para **masigurong masasaklaw ang iyong mga gamot sa susunod na taon** at para malaman kung mayroong anumang paghihigpit o kung ang iyong gamot ay inilipat sa ibang antas ng bahagi sa gastos.

Ang karamihan sa mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot* ay bago sa pagsisimula ng bawat taon. Gayunpaman, puwede kaming gumawa ng iba pang pagbabago na pinapayagan ng Medicare at/o ng estado na makakaapekto sa iyo sa taon ng kalendaryo. Ina-update namin ang aming online na *Listahan ng Gamot* buwan-buwan upang maibigay ang pinaka-updated na listahan ng mga gamot. Kung gagawa kami ng pagbabago na makakaapekto sa gamot na iniinom mo, papadalhan ka namin ng abiso tungkol sa pagbabago.

Kung apektado ka ng pagbabago sa coverage sa gamot, hinihikayat ka naming:

- Makipagtulungan sa iyong doktor (o iba pang nagrereseta) para maghanap ng ibang gamot na sakop namin.
    - Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para humiling ng *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* na kayang gumamot sa parehong kondisyon.
    - Ang listahang ito ay maaaring makatulong sa iyong provider na maghanap ng sakop na gamot na posibleng gumana para sa iyo.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

- Hilingin sa amin na sakupin ang isang pansamantalang supply ng gamot.
    - Sa ilang sitwasyon, sinasaklaw namin ang isang **pansamantalang** supply ng gamot sa unang 90 araw ng taon ng kalendaryo.
    - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw. (Para matuto pa tungkol sa kung kailan ka maaaring makakuha ng pansamantalang supply at kung paano humiling nito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.)
    - Kapag nakakuha ka ng pansamantalang supply ng gamot, makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa kung ano ang dapat gawin kapag naubos na ang iyong pansamantalang supply. Maaari kang lumipat sa ibang gamot na sinasakop ng aming plano o humiling sa aming gumawa ng eksepsyon para sa iyo at sakupin ang iyong kasalukuyang gamot.
    - Nag-e-expire ang lahat ng aprubadong paghihigpit sa pormularyo sa katapusan ng bawat taon ng kalendaryo at dapat isumite ulit para sa pag-apruba sa simula ng bagong taon.

Mga pagbabago sa mga halaga ng gamot

Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, makakatanggap ka ng Extra Help mula sa Medicare para makatulong sa pagbabayad mo ng mga Medicare Part D na gamot. Pinadalhan ka namin ng hiwalay na insert na tinatawag na “Rider ng Katunayan ng Coverage para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Extra Help sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot” (na tinatawag ding “Rider ng Subsidiya sa Mababang Kita” [Low Income Subsidy Rider] o “Rider ng LIS”), na nagbibigay ng impormasyon tungkol sa coverage ng gamot. Kung wala ka ng insert na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at humingi ng “Rider ng LIS.”

May dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong coverage sa Medicare Part D na gamot sa ilalim ng aming plano. Nakadepende ang babayaran mo sa antas ng iyong Extra Help at sa yugtong kinabibilangan mo kapag kumuha o nagpa-refill ka ng inireresetang gamot. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1 **Yugto ng Paunang Coverage**	**Yugto 2** **Yugto ng Catastrophic na Coverage**
Sa yugtong ito, binabayaran ng aming plano ang porsyon ng halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang porsyon mo. Tinatawag na copay ang porsyon mo. Magsisimula ka sa yugtong ito sa oras na kunin mo ang iyong unang reseta ng taon.	Sa yugtong ito, babayaran ng plano ang lahat ng gastusin sa iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2027. Magsisimula ka sa yugtong ito pagkatapos mong magbayad ng partikular na halaga ng gastos na mula sa sariling bulsa.

Matatapos ang Yugto ng Paunang Coverage kapag umabot na ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot sa **$2,400**. Sa puntong iyon, magsisimula ang Catastrophic na Coverage na Yugto. Sakop ng aming plano ang lahat ng iyong gastos sa gamot mula sa panahong iyon hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung magkano ang babayaran mo para sa mga gamot.

D3. Yugto 1: “Yugto ng Paunang Coverage”

Sa Yugto ng Paunang Coverage, babayaran ng aming plano ang porsyon ng gastusin sa iyong mga saklaw na gamot, at babayaran mo ang porsyon mo. Tinatawag na copay ang porsyon mo. Ang copay ay nakadepende sa tier ng paghahati sa gastusin na kinabibilangan ng gamot at kung saan mo ito kukunin. Magbabayad ka ng copay sa tuwing kukuha ka ng reseta. Kung mas mababa sa copay ang iyong mga gastos sa sinasaklaw na gamot, ang mas mababayang presyo ang babayaran mo.

Inilipat namin ang ilan sa mga gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* sa isang mas mababa o mas mataas na tier ng gamot. Kung lilipat ang iyong mga gamot mula sa isang tier papunta sa ibang tier, puwede itong makaapekto sa copay mo. Upang malaman kung ang iyong mga gamot ay nasa ibang tier, hanapin ang mga ito sa aming *Listahan ng Gamot*.

Ipinapakita ng sumusunod na talahanayan ang iyong mga halaga para sa isang buwang supply na napunan sa isang parmasya sa network na may mga karaniwang copay sa bawat isa sa aming anim na antas ng gamot. Nalalapat **lang** ang mga halagang ito sa panahong ikaw ay nasa Yugto ng Paunang Coverage.

Ang karamihan sa mga bakuna sa Part D na para sa nasa hustong gulang ay sinasaklaw nang wala kang kailangang bayaran. Para sa impormasyon tungkol sa halaga ng pangmatagalang supply, pumunta sa **Kabanata 6, Seksyon D** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga gamot sa Tier 1–2 (kabilang ang mga generic na gamot) Halaga ng isang buwang supply ng gamot sa Tier 1 at 2 na kinukuha sa isang parmasyang nasa network o mail-order na parmasya	Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ay **$0–$5.10 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ng bawat sinasaklaw na insulin ay **$0-$5.10 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw) na mail-order na reseta ay **$0–$5.10 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.”	Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ay **$0–$5.80 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ng bawat sinasaklaw na insulin ay **$0-$5.80 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw) na mail-order na reseta ay **$0–$5.80 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.”
Mga gamot sa Tier 3–5 (kabilang ang mga brand-name at espesyal na gamot) Halaga ng isang buwang supply ng gamot sa Tier 3 hanggang 5 na kinukuha sa isang parmasyang nasa network o mail-order na parmasya	Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ay **$0–$12.65 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ng bawat sinasaklaw na insulin ay **$0–$12.65 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw) na mail-order na reseta ay **$0–$12.65 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.”	Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ay **$0–$14.40 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw na supply) ng bawat sinasaklaw na insulin ay **$0–$14.40 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.” Ang iyong copay para sa isang buwan (30 araw) na mail-order na reseta ay **$0–$14.40 bawat reseta**, depende sa iyong antas ng “Extra Help.”

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

	2026 (ngayong taon)	2027 (susunod na taon)
Mga Gamot sa Tier 6 (kasama ang mga Part D na bakuna)	**$0** ang babayaran mo.	**$0** ang babayaran mo.

Matatapos ang Yugto ng Paunang Coverage kapag umabot na ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa sa **$2,400**. Sa puntong iyon, magsisimula ang Catastrophic na Coverage na Yugto. Sakop ng plano ang lahat ng iyong gastos sa gamot mula sa panahong iyon hanggang sa katapusan ng taon. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung magkano ang babayaran mo para sa mga gamot.

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

Kapag naabot mo na ang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa na **$2,400** para sa iyong mga gamot, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Coverage at wala ka nang babayaran para sa iyong mga saklaw na gamot. Mananatili ka sa Yugto ng Catastrophic na Coverage hanggang sa katapusan ng taon ng kalendaryo.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga gastos sa Yugto ng Catastrophic na Coverage, sumangguni sa **Kabanata 6**, **Seksyon E** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

E. Pagpili ng Plano

E1. Pananatili sa aming plano

Umaasa kaming maging miyembro ka pa rin ng plano. Wala kang kailangang gawin para manatili sa aming plano. Maliban kung magsa-sign up ka sa ibang plano ng Medicare o lilipat sa Original Medicare, awtomatiko kang mananatiling nakatala bilang miyembro ng aming plano para sa 2027.

E2. Pagpapalit ng plano

Magagawa ng karamihan ng mga taong may Medicare na wakasan ang kanilang membership sa mga partikular na bahagi ng taon.

Bukod pa rito, maaari mong wakasan ang iyong membership sa aming plano sa mga sumusunod na panahon:

- **Panahon ng Bukas na Pagpapatala**, na mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili ka ng bagong plano sa yugtong ito, matatapos ang iyong membership sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang membership mo sa bagong plano sa Enero 1.

- **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage (MA)**, na mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang iyong membership sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.
- Dahil mayroon kang Medi-Cal, mayroon kang ilang pagpipilian upang tapusin ang iyong membership sa aming plano anumang buwan ng taon.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kwalipikado kang gumawa ng pagbabago sa iyong pagpapa-enroll. Halimbawa, kapag:

- umalis ka sa aming sineserbisyuhang lugar,
- nagbago ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal o Extra Help, **o**
- kung ikaw ay kamakailang lumipat sa o kasalukuyang nakakatanggap ng pangangalaga sa isang institusyon (tulad ng pasilidad ng sanay na pag-aalaga o ng ospital para sa pangmatagalang pangangalaga). Kung kamakailan ka lang nakalabas sa isang institusyon, maaari kang magpalit ng mga plano o lumipat sa Original Medicare sa loob ng dalawang buong buwan pagkalipas ng buwan kung kailan ka umalis.

Ang iyong mga serbisyo sa Medicare

Mayroon kang tatlong opsyon para sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kang karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa panahon ng ilang partikular na panahon ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Pagpapa-enroll** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapa-enroll ng Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon E2**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong winawakasan ang iyong membership sa aming plano.

1. Maaari kang lumipat sa: **Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Pinag-uugnay ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kabilang ang lahat ng saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Programa para sa All-Inclusive na Pangangalaga para sa Nakatatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) plan, kung kwalipikado ka.** **Tandaan:** Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan ng mga pinagsamang dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Para sa mga tanong tungkol sa Programa para sa All-Inclusive na Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 711). Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Magpatala sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kang maaalis sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula ang coverage ng iyong bagong plano. Magbabago ang iyong Medi-Cal plan upang tumugma sa iyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano sa gamot ng Medicare**	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 711). Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Magpatala sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kang maaalis sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang iyong coverage sa Original Medicare. Ang iyong Medi-Cal plan ay hindi magbabago maliban kung hihiling ka ng pagbabago.

3. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare kung valid ang dahilan ng pag-alis mo sa pag-enroll** **TANDAAN**: Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi ka magpapatala sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na hindi mo gustong sumali. Dapat lang mong bitawan ang coverage sa gamot kung mayroon kang coverage sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, gaya ng employer o unyon. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung kailangan mo ng coverage sa gamot, tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 711). Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Awtomatiko kang maaalis sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang iyong coverage sa Original Medicare. Ang iyong Medi-Cal plan ay hindi magbabago maliban kung hihiling ka ng pagbabago.

4. Maaari kang lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa panahon ng ilang partikular na oras ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Pagpapa-enroll** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapa-enroll ng Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon E.**	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Para sa mga tanong tungkol sa Programa para sa All-Inclusive na Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. (TTY 711). Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Magpatala sa bagong plano ng Medicare. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula na ang coverage ng bagong plano mo. Maaaring magbago ang iyong plano ng Medi-Cal.

Ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano pumili ng plano ng Medi-Cal o kung paano kumuha ng iyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos mong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care

Options sa 1-800-430-4263, Lunes – Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Itanong kung paano nakakaapekto ang pagsali sa ibang plano o ang pagbalik sa Original Medicare sa kung paano mo nakukuha ang iyong coverage sa Medi-Cal.

F. Paghingi ng tulong

F1. Aming plano

Narito kami para tumulong kung mayroon kang anumang tanong. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng page sa mga nakalistang araw at oras ng operasyon. Walang bayad ang mga tawag na ito.

Basahin ang iyong *Handbook ng Miyembro*

Ang iyong *Handbook ng Miyembro* ay isang legal at detalyadong paglalarawan ng mga benepisyo ng aming plano. Naglalaman ito ng mga detalye tungkol sa mga benepisyo at gastusin para sa 2027. Ipinapaliwanag dito ang iyong mga karapatan at ang mga panuntunang dapat sundin para makuha ang mga serbisyo at gamot na sinasaklaw namin.

Magiging available sa Oktubre 15 ang *Handbook ng Miyembro* para sa 2027. Makakakuha ng updated na kopya ng *Handbook ng Miyembro* sa aming website sa kp.org/eocscal. Maaari mo ring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para hilingin sa aming magpadala sa iyo ng *Handbook ng Miyembro* para sa 2027.

Aming website

Puwede mong bisitahin ang aming website sa kp.org (nasa Ingles). Bilang paalala, nasa aming website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa aming network ng provider at parmasya (*Direktoryo ng Provider at Parmasya*) at sa aming *Listahan ng Gamot (Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot*).

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

Maaari mo ring tawagan ang State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Makakatulong sa iyo ang mga tagapayo ng HICAP na maunawaan ang iyong mga opsyon sa plano at sumagot ng mga tanong tungkol sa paglipat ng plano. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang HICAP ay may mga bihasang tagapayo sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222. (TTY 711). Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Programa ng Tanodbayan

Makakatulong sa iyo ang Programa ng Tanodbayan sa Medicare at Medi-Ca kung mayroon kang problema sa aming plano. Libre at available sa lahat ng wika ang mga serbisyo ng ombudsman. Ang Programa ng Tanodbayan sa Medicare at Medi-Cal:

- ay maaaring sumagot ng mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka nilang maunawaan kung ano ang gagawin.
- tinitiyak na mayroon ka ng impormasyong nauugnay sa iyong mga karapatan at proteksyon at kung paano malulutas ang iyong mga alalahanin.
- walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang numero ng telepono para sa Programa ng Tanodbayan sa Medicare at Medi-Cal ay 1-855-501-3077.

F4. Medicare

Upang makakuha ng impormasyon nang direkta mula sa Medicare:

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

Website ng Medicare

Puwede mong bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov). Kung pipiliin mong kanselahin ang enrollment sa aming plano at mag-e-enroll ka sa ibang plano ng Medicare, nasa website ng Medicare ang impormasyon tungkol sa mga gastusin, coverage, at mga rating ng kalidad para matulungan kang magkumpara ng mga plano.

Makakahanap ka ng impormasyon tungkol sa mga plano ng Medicare na available sa iyong lugar sa pamamagitan ng paggamit sa Panghanap ng Plano ng Medicare sa website ng Medicare. (Para sa impormasyon tungkol sa mga plano, sumangguni sa www.medicare.gov at mag-click sa “Find plans” [Maghanap ng mga plano].)

Medicare at Ikaw 2027

Puwede mong basahin ang *Medicare at Ikaw 2027 (Medicare & You 2027)* na handbook. Bawat taon, kapag taglagas, ipinapadala ang booklet na ito sa pamamagitan ng koreo sa mga taong may Medicare. Naglalaman ito ng buod ng mga benepisyo ng Medicare, mga karapatan at proteksyon, at mga sagot sa mga pinakamadalas itanong tungkol sa Medicare. Available din ang handbook na ito sa Spanish, Chinese, at Vietnamese.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

Kung wala kang kopya ng booklet na ito, makukuha mo ito 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). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY.

F5. Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care) ay responsable sa pagkontrol ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung may karaingan ka laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **1-800-443-0815** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago ka makipag-ugnayan sa departamento Ang paggamit pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi nagbabawal sa anumang posibleng mga karapatan o remedyo na ayon sa batas na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong sa karaingan na may kaugnayan sa isang emerhensiya, isang karaingan na hindi pa kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na higit sa 30 araw nang hindi pa nalulutas, maaari mong tawagan ang kagawaran para sa tulong. Ikaw ay maaari ring karapat-dapat para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung ikaw ay karapat-dapat para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga desisyong medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagsakop sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lamang at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa emerhensiya o mga apurahang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding walang bayad na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang website sa internet ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form para sa aplikasyon sa IMR, at tagubilin online.

Sumangguni sa **Kabanata 9, Seksyon F4** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

F6. Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta sa Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta sa Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na maaaring makatulong sa iyo na pamahalaan ang iyong out-of-pocket na mga gastos para sa mga gamot na sakop ng aming plano sa pamamagitan ng pagpapakalat ng mga ito sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre) bilang buwanang pagbabayad. Ang opsyon sa pagbabayad na ito ay maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot sa Medicare o planong pangkalusugan sa Medicare na may coverage sa gamot (tulad ng plano ng Medicare Advantage na may coverage sa gamot). Kung ikaw ay kasali sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare at mananatili ka sa parehong Part D na plano, wala kang kailangang gawin para patuloy na makibahagi sa 2027. Puwedeng makatulong sa iyo ang opsyong ito sa pagbabayad na pamahalaan ang mga gastusin mo, pero hindi ka rito makakatipid o hindi nito mapapababa ang iyong mga gastos sa gamot mula sa sariling bulsa.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

Ang “Extra Help” mula sa Medicare at tulong mula sa iyong programa ng tulong sa parmasya ng estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) at AIDS Drug Assistance Program (ADAP), para sa mga kwalipikado, ay makakapagbigay ng mas maraming benepisyo kumpara sa pakikilahok lang sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta sa Medicare. Para matuto pa tungkol sa programang ito, makipag-ugnayan sa amin sa numero ng telepono sa ibaba ng pahinang ito o bumisita sa www.medicare.gov.

Pahayag ng Pagsisiwalat ng Batas sa Pagbabawas ng Papeles (Paperwork Reduction Act, PRA) *Alinsunod sa Batas sa Pagbawas ng mga Papeles ng 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), walang sinumang tao ang kinakailangang tumugon sa isang koleksyon ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng isang wastong numero ng nakontrol ng Tanggapan para sa Pamamahala at Badyet (Office of Management and Budget, OMB). Ang valid na control number ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1444. Kung mayroon kang mga komento o suhestyon para mapaganda ang form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-443-0815 (TTY 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bumisita sa kp.org/medicare (nasa Ingles).

Impormasyon ng Plano

Bilang miyembro ng planong ito, posible kaming paminsan-minsang makipag-ugnayan sa iyo para ipaalam sa iyo ang iba pang plano o produkto ng Kaiser Permanente na puwede mong magamit. Kung gusto mong mag-opt out sa mga ganitong uri ng mga tawag, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa likod ng iyong ID card ng miyembro.

*Nag-aalok na ngayon ang Kaiser Permanente ng mga bagong paraan para secure na maibahagi ang impormasyon ng iyong kalusugan. Bumisita sa **kp.org/datasharing** para matuto tungkol sa Payer-to-Payer na Application Programming Interface (API) at Provider Access API, pati tungkol sa kung paano gumagana ang mga ito at paano mag-opt in.*

Mga Direktoryo ng Provider ng Kaiser Permanente

Kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng provider o parmasya na nasa network, bumisita sa **kp.org/directory** para maghanap sa aming online na direktoryo (Tandaan: available ang mga direktoryo para sa 2027 online simula sa 10/15/2026 alinsunod sa mga kinakailangan ng Medicare).

Para magpadala sa iyo ng direktoryo, puwede mo kaming tawagan sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Komprehensibong Pormularyo ng Medicare Part D ng Kaiser Permanente (Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot)

Nakalista sa aming pormularyo ang mga gamot sa Medicare Part D na sakop namin. Posibleng magbago ang pormularyo anumang oras. Aabisuhan ka kung kinakailangan. Kung may tanong ka tungkol sa mga sakop na gamot, tingnan ang aming online na pormularyo sa **kp.org/seniorrx** (Tandaan: available ang pormularyo para sa 2027 online simula sa 10/15/2026 alinsunod sa mga kinakailangan ng Medicare).

Para magpadala sa iyo ng pormularyo, puwede mo kaming tawagan sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Katunayan ng Coverage (Evidence of Coverage, EOC) ng Kaiser Permanente

Ipinapaliwanag ng iyong **EOC** kung paano makukuha ang medikal na kalusugan at mga gamot na sinasaklaw sa pamamagitan ng aming plano. Ipinapaliwanag nito ang iyong mga karapatan at responsibilidad, kung ano ang nasasakop, at kung ano ang binabayaran mo bilang miyembro ng Kaiser Permanente. Kung may tanong ka tungkol sa iyong coverage, bisitahin ang **kp.org/eocncal** o **kp.org/eocscal** para tingnan ang iyong **EOC** online (Tandaan: available ang **EOC** para sa 2027 online simula sa 10/15/2026 alinsunod sa mga kinakailangan ng Medicare).

Para magpadala sa iyo ng **EOC**, puwede mo kaming tawagan sa **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

H0524_H8794_00044581TL_C
4383715500_CA_TL
July 2026

KAISER PERMANENTE®

Abiso ng Hindi Pagdidiskrimina

Sa dokumentong ito, "kami", "amin", o "ang aming" ay nangangahulugan ng Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., at ang Southern California Medical Group). Ang abisong ito ay makikita sa aming website sa **kp.org**.

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sinusunod namin ang mga batas ng estado at pederal tungkol sa mga karapatang sibil.

Hindi kami nandidiskrimina, hindi isinasama ang mga tao, o tinatrato ang mga ito nang iba dahil sa edad, lahi, kinikilalang grupo ng etniko, kulay, pinagmulang bansa, pinagmulang kultura, ninuno, relihiyon, kasarian, kinikilalang kasarian, pagpapahayag ng kasarian, sekswal na oryentasyon, marital status, pisikal o pangkaisipan na kapansanan, medikal na kondisyon, pinanggagalingan ng bayad, impormasyong henetiko, pagkamamamayan, pangunahing wika, o estado sa imigrasyon.

Ibinibigay ng Kaiser Permanente ang mga sumusunod na serbisyo sa napapanahong paraan:

- Ang walang bayad na mga tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan para tulungan silang makipag-usap nang mas maganda sa amin, tulad ng:
  - ♦ Mga kwalipikadong interpreter para sa sign language
  - ♦ Mga nakasulat na impormasyon sa ibang mga format (braille, malalaking titik, audio, mga naa-access na elektronikong format, at iba pang mga format)
- Ang walang bayad na mga serbisyo sa wika sa mga tao na ang pangunahing wika ay hindi Ingles, tulad ng:
  - ♦ Mga kwalipikadong interpreter
  - ♦ Impormasyong nakasulat sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong ito, tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro (Member Services) sa mga numerong nasa ibaba. Libre ang tawag. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Ang lahat ng iba pa: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Kapag hiniling, makukuha ang dokumentong ito sa braille, malalaking letra, audio, o sa mga elektronikong format. Para makakuha ng isang kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, o ibang format, tawagan ang aming departamento para sa Serbisyo sa Miyembro at hilingin ang kailangan ninyong format.

Paano maghain ng karaingan sa Kaiser Permanente

Maaari kayong maghain ng karaingan sa diskriminasyon sa amin kung naniniwala kayo na hindi namin naibigay ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina sa ibang paraan. Maaari kayong maghain ng karaingan sa telepono, sa koreo, nang personal, o sa online.

Mangyaring sumangguni sa iyong *Katunayan ng Coverage* (*Evidence of Coverage) o Sertipiko ng Insurance (Certificate of Insurance)* para sa mga detalye. Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon sa mga opsyon na naaangkop sa inyo, o para sa tulong sa paghain ng karaingan. Maaari kang maghain ng karaingan sa pagdidiskrimina sa mga sumusunod na paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang mga numero ng telepono ay nakalista sa itaas.
- **Sa pamamagitan ng koreo:** I-download ang form sa **kp.org** o tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro at hilingin sa kanila na padalhan kayo ng form na maaari ninyong ipadala pabalik.
- **Sa personal:** Punan ang Form para sa Reklamo o Paghahabol/Kahilingan para sa Benepisyo sa opisina ng mga serbisyo sa miyembro na matatagpuan sa isang Pasilidad ng Plano (pumunta sa direktoryo ng inyong provider sa **kp.org/facilities** para sa mga address)
- **Sa online:** Gamitin ang online form sa aming website sa **kp.org**

Maaari ka ring makipag-ugnayan ng direkta sa Tagapag-ugnay ng mga Karapatang Sibil ng Kaiser Permanente sa mga address sa ibaba:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Paano maghain ng karaingan sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California *(Para sa mga Benepisyaryo ng Medi-Cal Lang)*

Maaari ka ring maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California sa pagsulat, sa pamamagitan ng telepono o sa pamamagitan ng email:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tawagan ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) Opisina ng Mga Karapatang Sibil sa **916-440-7370** (TTY **711)**
- **Sa pamamagitan ng koreo:** Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

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

  Ang mga form sa Reklamo sa Opisina ng Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California ay makukuha sa: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Sa Online:** Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov

Paano maghain ng karaingan sa Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos

Maaari kayong maghain ng reklamo sa diskriminasyon sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos Opisina para sa Mga Karapatang Sibil. Maaari kayong maghain ng reklamo sa pamamagitan ng sulat, sa telepono, o sa online:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa **1-800-368-1019** (TTY **711** o **1-800-537-7697**)
- **Sa pamamagitan ng koreo:** 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

  Ang mga form sa Reklamo ay makukuha sa Opisina ng Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos sa: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Sa online:** Bumisita sa **Portal Reklamo ng Opisina ng Mga Karapatang Sibil sa: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**