L.A. Care Medicare Plus™
(HMO D-SNP)

ofrecido por L.A. Care Health Plan

Notificación anual de cambios
para 2026

H1224_2026_MedProd_ANOCv2_M_SP_Approved

L.A. Care Medicare Plus (HMO-DSNP), ofrecido por L.A. Care Health Plan

Notificación anual de cambio para 2026

Introducción

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Esta *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información acerca de ellos. Para obtener más información acerca de los costos, beneficios o reglas, consulte el *Manual para Miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web en medicare.lacare.org. Llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en árabe, armenio, chino, coreano, camboyano, farsi, ruso, español, tagalo y vietnamita.
- Puede obtener esta Notificación anual de cambio de forma gratuita en otros formatos, como letra grande,

braille o audio. Llame al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Esta llamada es gratuita.

- Puede pedirnos que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se llama solicitud permanente. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no necesite realizar solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para recibir este documento en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia idiomática y ayudas y servicios auxiliares

English tagline

- ATTENTION: If you need help in your language, call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

- يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ**1-833-522-3767** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ **(Armenian)**

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

- 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767** (TTY: **711**)。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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

- ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

- ध्यान दें:अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं निः शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

- CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). 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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

- 注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 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。 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 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。

한국어 태그라인 (Korean)

- 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

แทกไลพาสาลาว (Laotian)

- ปะกาด: ຖ້ າທ່ ານຕ້ ອງການຄວາມຊ່ ວຍເຫຼ ືອໃນພາສາ ຂອງທ່ ານໃຫ້ ໂທຫາເບີ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ຍັ ງມີ ຄວາມຊ່ ວຍເຫຼ ືອແລະການບໍ ລິ ການສໍ າລັ ບຄົ ນພິ ການ ເຊັ ່ນເອກະສານທີ ່ເປັ ນອັ ກສອນມູ ນແລະມີ ໂຕພິ ມໃຫຍ ່ ໃຫ້ ໂທຫາເບີ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ການບໍ ລິ ການ ເຫຼ ່ານີ ້ ບໍ ່ຕ້ ອງເສຍຄ ່ າໃຊ ້ ຈ ່ ายใดๆ.

Mien Tagline (Mien)

- LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc 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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

- ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរ ផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi) مطلب به زبان فارسی

- توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

- ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

- ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

- PANSININ: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

- โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

- УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Ці послуги безкоштовні.

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

- CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767** (TTY: **711**). 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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Índice

A. Avisos legales 13
B. Revise su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año 13
B1. Información sobre L.A. Care Medicare Plus. 14
B2. Cosas importantes que debe hacer. 14
C. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias 17
D. Cambios en los beneficios del próximo año 18
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos . . . 18
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 25
D3. Etapa 1: "La etapa de cobertura inicial" 30
D4. Etapa 2: "La etapa de cobertura de gastos excedentes" 35
E. Cambios administrativos 36
F. Cómo elegir un plan 37
F1. Cómo permanecer en nuestro plan 37
F2. Cómo cambiar de plan 37
G. Cómo obtener ayuda 47
G1. Nuestro plan 47
G2. Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) 48
G3. Programa del Defensor de los Derechos del Paciente 48

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

G4. Medicare 49
G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California 51
G6. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare 52

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

A. Avisos legales

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en L.A. Care Medicare Plus depende de la renovación de los contratos.

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

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

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud. Continuará siendo miembro de los programas Medicare y Medi-Cal, siempre que sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección G2**.

B1. Información sobre L.A. Care Medicare Plus

- L.A. Care Medicare Plus es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando esta *Notificación anual de cambio* dice "nosotros", "nuestro" o "nuestro plan", significa Medicare Medi-Cal Plan.

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Revise si hay cambios en nuestros beneficios y costos que podrían afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usa?
  - Revise los cambios en los beneficios y los costos, para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- **Revise si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que podrían afectarle.**
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Están en un nivel de costos compartidos diferente? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como

requisitos de autorización previa, tratamiento por etapas o límites de cantidad?

- Revise los cambios, para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades del próximo año.
- Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
  - _ Hable con su médico para saber si hay alguna alternativa de menor costo adecuada para usted; así podría ahorrar en los costos de bolsillo que debe pagar a lo largo del año.
  - _ Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de los medicamentos que esté tomando.

- **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, son parte de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?

  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales del plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
  - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme o no con nuestro plan.**

Si decide permanecer en L.A. Care Medicare Plus:	**Si decide cambiar de plan:**
Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no necesita hacer nada. Si usted no hace un cambio, automáticamente permanecerá inscrito en L.A. Care Medicare Plus.	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Medicare Original, su nueva cobertura iniciará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para el año 2026.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2026 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacia están en nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en medicare.lacare.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para recibir información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su

Manual para Miembros o llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios del próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La tabla incluida a continuación describe estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de asistencia en el hogar con Papa Pals	Nuestro plan cubre hasta 60 horas por año de Servicios de asistencia en el hogar con Papa Pals.	Los servicios de asistencia en el hogar con Papa Pals no están cubiertos.

Venta libre (Over-the-Counter, OTC) (Asignación para tarjeta prepagada de beneficios)	Todos los miembros recibirán una asignación mensual de $120, precargada en su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard®.	Como parte de la asignación mensual para la tarjeta prepagada de beneficios, todos los miembros recibirán una asignación mensual de $110, precargada en su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard®. Puede utilizar esta asignación para artículos de venta libre (OTC).

	Puede utilizar esta asignación para alimentos saludables o comestibles, asistencia para el pago de los servicios públicos, gasolina para automóviles (gasolina en la bomba) y artículos de venta libre (OTC)*. Los miembros tienen la flexibilidad de elegir cómo gastar estos fondos cada mes.	Hay opciones de gastos adicionales disponibles para pagar alimentos saludables, asistencia para el pago de los servicios públicos y gasolina para automóviles (gasolina en la bomba) si usted califica para el Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Consulte la sección SSBCI para obtener más detalles.

	*OTC no es un beneficio de Diseño de seguro basado en valor (Value-Based Insurance Design, VBID), sin embargo se ofrece como un beneficio complementario.	
Podiatría de rutina	Nuestro plan cubre hasta 12 visitas de cuidado de rutina de los pies cada año.	Nuestro plan cubre hasta 14 visitas de cuidado de rutina de los pies cada año.

Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) **Ayuda con determinadas condiciones crónicas**	Los alimentos saludables o comestibles, la asistencia para el pago de los servicios públicos y la gasolina para automóviles (gasolina en la bomba) están cubiertos por la tarjeta prepagada de beneficios. Asignación disponible para todos los miembros de VBID.	La asignación de $110 de OTC se puede usar para otras opciones de gasto, como alimentos saludables, asistencia para el pago de los servicios públicos y gasolina para automóviles (gasolina en la bomba) para miembros que califican para el beneficio SSBCI. Para calificar para SSBCI, los miembros deben tener una o más condiciones crónicas que cumplan con los criterios de elegibilidad.

		Algunos ejemplos incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD), condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras condiciones crónicas enumeradas en el Manual para Miembros. Los miembros elegibles también deben tener problemas de salud graves a largo plazo que afecten la vida diaria, tener un alto riesgo de hospitalización u otros problemas de salud importantes y requerir

		asistencia significativa para administrar su atención. La información de su evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) y sus expedientes médicos se utiliza para ayudar a determinar si usted califica. También puede pedirle a su médico que envíe una solicitud a L.A. Care que verifique sus condiciones médicas calificadas y otros criterios de elegibilidad para SSBCI. Recuerde que el beneficio de SSBCI y su elegibilidad (si se aprueban) finalizan al final del año de beneficios. No todos calificarán.

Atención de la vista (de rutina)	Nuestro plan cubre un examen de rutina de la vista por año. Nuestro plan cubre hasta $500 para anteojos (marcos y lentes) o hasta $500 para lentes de contacto cada dos años.	Nuestro plan cubre un examen de rutina de la vista por año **calendario**. Nuestro plan cubre hasta $500 para un par de anteojos (solo marcos) o lentes de contacto cada dos años **calendario**.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Puede encontrar una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en medicare.lacare.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para recibir información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina *Lista de medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que incluyen quitar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones de nuestra cobertura para ciertos medicamentos o transferirlos a un nivel de costo compartido diferente.

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

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se realizan al inicio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que le afectarán durante el año calendario, según lo permita Medicare o el estado. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para brindarle la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que esté tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

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

- Consultar a su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) para buscar un medicamento diferente que sí esté cubierto.

- Puede llamar a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o comunicarse con su administrador de atención médica para pedir una *Lista de medicamentos cubiertos* que sirvan para tratar la misma condición.
- Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

- Pedir que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*).
  - Al recibir un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por

nuestro plan o puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento actual.

Las excepciones al formulario se otorgan por el resto del año del plan. Consulte su notificación de aprobación de excepción al formulario para ver la fecha de vencimiento específica. Si su aprobación está por vencer y desea solicitar una extensión, tendría que presentar nuevamente una solicitud de excepción al formulario.

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

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su *Manual para Miembros*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información para el consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimediaeducation-materials-biosimilars#For%20Patients.

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

También puede llamar a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página o pedirle más información a su proveedor de atención médica, persona que le recetó el medicamento o farmacéutico.

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. Lo que usted pague dependerá de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta un medicamento. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 **Etapa de cobertura inicial**	**Etapa 2** **Etapa de cobertura de gastos excedentes**
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama "copago". Esta etapa inicia cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.

La etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo para los medicamentos llega a **$2,100**. En ese momento comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de entonces y hasta que finalice el año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Según el Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura de gastos excedentes. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento de Fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo.

D3. Etapa 1: "La etapa de cobertura inicial"

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama "copago". El copago dependerá del nivel de costos compartidos en el que se encuentra el medicamento y del lugar donde lo obtenga. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el costo de su

medicamento cubierto está por debajo del copago, usted pagará el precio más bajo.

Hemos transferido algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos fueron transferidos de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para averiguar si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros cinco (5) niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solo** durante el tiempo en que usted se encuentre en la etapa de cobertura inicial.

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

Para obtener información sobre los costos de las vacunas, o información para un suministro a largo plazo, o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o para recetas por correo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para Miembros*.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 surtido en una farmacia de la red	Copago de $0 para todos los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos del Nivel 2 (genéricos) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red	Copago de $0 para todos los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Su coseguro por un suministro para un mes (30 días) es de **$0 a $12.65 o 25 %**. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos en el Nivel 3 (de marca preferidos) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red	Copago de $0 para todos los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Su coseguro para un suministro de un mes (30 días) para el *costo compartido* estándar es de **$0 a $12.65 o 25 %**. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 surtido en una farmacia de la red	Copago de $0 para todos los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Su coseguro para un suministro de un mes (30 días) para el *costo compartido* estándar es de **$0 a $12.65 o 25 %**. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del Nivel 5 (especializados) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 surtido en una farmacia de la red	Copago de $0 para todos los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Su coseguro para un suministro de un mes (30 días) para el *costo compartido* estándar es de **$0 a $12.65 o 25 %**. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

La etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo llega a **$2,100**. En ese momento comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes.*:* el plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta fin de año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto paga por los medicamentos.

D4. Etapa 2: "La etapa de cobertura de gastos excedentes"

Cuando llega al límite de gastos de bolsillo de **$2,100** por sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanecerá en la etapa

de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la etapa de cobertura de gastos excedentes, consulte el **Capítulo 6**.

E. Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de pago para medicamentos recetados de Medicare	El plan de pago para medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre).	Si participa en el plan de pago para medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para permanecer en el plan de pago para medicamentos recetados de Medicare.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2026.

F2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante ciertas fechas del año.

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

- El **período de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** dura del 1.º de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

- Dado que usted tiene Medi-Cal, puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

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

- si se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- si su elegibilidad para Medi-Cal o la Ayuda Adicional cambió **o**
- si se mudó recientemente a una institución o está recibiendo atención médica en una institución (como un hospital de enfermería o un hospital de atención médica a largo plazo). Si abandonó recientemente una institución, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que se haya ido de la institución.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados periodos del año, incluidos el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la

Sección G2. Al elegir una de estas opciones, usted finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Un Medi-Medi Plan es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los Medi-Medi Plans coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si califica.	Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes

Nota: El término Medi-Medi Plan es el nombre que reciben los planes integrados de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) en California.	a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O** Inscribirse en un nuevo Medi-Medi Plan. Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Medi-Medi Plan.

2. Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado	Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

	O Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.

3. Puede cambiar a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado **NOTA:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no desea inscribirse.	Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Debe dejar la cobertura de medicamentos solamente si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	empiece su cobertura de Medicare Original. Su plan de Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.

4. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados periodos del año, incluidos **el periodo de inscripción abierta** y **el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la sección A.	Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

	O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su membresía en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal o cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, llame a Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué manera se verá afectada su cobertura de Medi-Cal si se inscribe en otro plan o si regresa a Medicare Original.

G. Cómo obtener ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual para Miembros*

Su *Manual para Miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios y los costos para 2026. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos que cubrimos.

El *Manual para Miembros* de 2026 estará disponible para el 15 de octubre. Además, hay disponible una copia actualizada del *Manual para Miembros* en nuestro sitio web en medicare.lacare.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros* de 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en medicare.lacare.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información

más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

G2. Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP)

También puede llamar al Programa de Ayuda con Seguros de Salud Estatales (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder sus preguntas relacionadas con los cambios de plan. El HICAP no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Programa del Defensor de los Derechos del Paciente

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal puede ayudarle si tiene algún problema con nuestro plan. Los servicios del defensor de los derechos

del paciente son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal:

- puede contestar sus preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué tiene que hacer.
- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y acerca de cómo lograr que se resuelvan sus inquietudes.
- no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

G4. Medicare

Para obtener información directamente a través de Medicare:

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- hable por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar su membresía en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

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

Medicare & You 2026

Puede leer el manual *Medicare & You 2026*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en inglés, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan al número **1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos**, y usar el proceso de quejas de su plan antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda corresponderle. Si necesita ayuda con una queja de Medi-Cal relacionada con una emergencia, una queja de Medi-Cal que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja de Medi-Cal que ha quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También es posible que reúna los requisitos para solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) para los beneficios de Medi-Cal. De ser así, con el proceso de la IMR se llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los

conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219** y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento en internet es www.dmhc.ca.gov.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual para Miembros*.

G6. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago para medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce sus costos en medicamentos.

La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State's Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajosa que participar solo en el plan de pago para medicamentos recetados de Medicare. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente

del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página o visite www.medicare.gov.

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.

Línea gratuita: **1.833.522.3767** | TTY: **711** **lacare.org**

LA3965 SP 09/25