

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) ofrecido por Inland Empire Health Plan

Aviso anual de cambios para 2026

Introducción

Actualmente, usted es miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre dichos cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Consulte el *Manual para Miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web, en www.iehp.org, para obtener más información sobre los costos, beneficios o reglas. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino y vietnamita.
- Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como impreso en letra grande, Braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- Si desea hacer una solicitud permanente para recibir los materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.
- Cuando se presenta una solicitud permanente para recibir los materiales en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, a partir de ese momento toda la correspondencia y todas las comunicaciones se recibirán en ese formato, a menos que el Miembro solicite hacer un cambio.
- Si desea solicitar un cambio, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), disponible los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. También puede acceder al Portal para Miembros para modificar una solicitud permanente.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vencimiento: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma, ayuda y servicios auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) هذه الخدمات مجانية. (TTY: 1-800-718-4347).

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。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 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)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。

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)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 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnavgv meih qiexx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi) فارسی

توجه: اگر میخواید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с инвалидностью, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.iehp.org.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). 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 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	10
B. Revise su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año	10
B1. Información sobre IEHP DualChoice	11
B2. Cosas importantes que debe hacer	11
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red	12
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	13
D1. Cambios en los beneficios de servicios médicos	13
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos	16
D3. Etapa 1 “Etapa de Cobertura Inicial”	18
D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura Catastrófica”	20
E. Cambios administrativos	21
F. Cómo elegir un plan	21
F1. Si permanece en nuestro plan	21
F2. Cómo cambiar de plan	21
G. Cómo recibir ayuda	26
G1. Nuestro plan	26
G2. Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP)	26
G3. Programa del Defensor de los Beneficiarios	26
G4. Medicare	27
G5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California	27
G6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	28



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

A. Descargos de responsabilidad

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Los beneficios y los copagos pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

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 adecuándose a sus necesidades el año que viene. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: Por lo general, le inscribirán en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente, después de haber solicitado la inscripción en IEHP DualChoice. Podría seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud anterior de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. Su cobertura de Medi-Cal no sufrirá interrupciones. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que aparece al final de la página.

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

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2** (*Cómo cambiar de plan*).
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección F2** (*Cómo cambiar de plan*).



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

B1. Información sobre IEHP DualChoice

- IEHP DualChoice es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer a sus miembros los beneficios de ambos programas.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere al Plan Medicare Medi-Cal.

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
 - ¿Hay cambios que afecten los servicios que usted utiliza?
 - Revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que se adecuen a sus necesidades el próximo año.
 - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel diferente de costos compartidos? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea efectiva para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de bolsillo durante el año.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

- Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están sus médicos, incluidos sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que suele utilizar?
 - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que utiliza con regularidad?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si le satisface nuestro plan.**

Si decide seguir con IEHP DualChoice:

Si quiere seguir con nosotros el próximo año, es fácil: **no necesita hacer nada**. Si no hace ningún cambio, automáticamente se mantiene su inscripción en IEHP DualChoice.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura sería mejor para satisfacer sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para más información). Si se inscribe en un nuevo plan o cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

El monto que usted paga por sus medicamentos depende de la farmacia que utilice. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si utiliza una de las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2026 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacia están en nuestra red. Podrá encontrar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web, en www.iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre el proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que usted 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 Miembros al número que aparece al final de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios de servicios médicos

Nuestra cobertura para algunos servicios médicos cambiará el próximo año. El siguiente cuadro describe estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p>Nuestro Plan ofrece un beneficio complementario que proporciona un subsidio para la compra de ciertos artículos de venta libre (OTC). La asignación es de 40 dólares por trimestre. La cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente trimestre.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que aparece al final de esta página.</p> <p>Además, también tiene beneficios de OTC de Medi-Cal. Para más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/</p>	<p>Nuestro Plan ofrece un beneficio complementario que proporciona un subsidio para la compra de ciertos artículos de venta libre (OTC). La asignación es de 60 dólares por trimestre. La cantidad no utilizada no se transfiere al siguiente trimestre.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que aparece al final de esta página.</p> <p>Además, también tiene beneficios de OTC de Medi-Cal. Para más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	<p>home/contact). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.</p>	<p>home/contact). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.</p>
<p>Comidas saludables para personas con enfermedades crónicas</p>	<p>Los miembros elegibles pagan \$0. Este beneficio cubre hasta dos comidas por día durante un máximo de 365 días en el año del plan. Para calificar, usted debe reunir todos los criterios de elegibilidad.</p> <p>La elegibilidad para estos beneficios no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. Debe reunir todos los criterios de elegibilidad aplicables antes de recibir el beneficio.</p> <p>Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio como parte del programa Diseño de Seguro Basado en el Valor (<i>Value Based Insurance Design, VBID</i>). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.</p>	<p>Las comidas saludables no están cubiertas.</p>
<p>Subsidio para servicios públicos</p>	<p>Este beneficio proporcionó un subsidio de \$65 por mes que podría usarse para pagar servicios públicos como facturas de gas, agua, basura o electricidad.</p>	<p>El subsidio para servicios públicos no está cubierto.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
	<p>Para calificar, usted debe reunir todos los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para estos beneficios no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. Debe reunir todos los criterios de elegibilidad aplicables antes de recibir el beneficio.</p> <p>Medicare aprobó a IEHP DualChoice para proporcionar este beneficio como parte del programa Diseño de Seguro Basado en el Valor (VIBD). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.</p>	
Servicios de observación	Se necesita autorización/ referencia previa.	No se necesita autorización/ referencia previa.
Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Se necesita autorización previa	No se necesita autorización previa.
Exámenes de la vista	No se necesita autorización/ referencia previa.	Se necesita autorización/ referencia previa.
Exámenes de la vista de rutina	No se necesita autorización/ referencia previa.	Se necesita autorización/ referencia previa.
Gafas (lentes y monturas) y lentes de contacto	No se necesita autorización/ referencia previa.	Se necesita autorización/ referencia previa.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Sesiones individuales y grupales para servicios de salud mental y psiquiátricos	No se necesita referencia.	Se necesita referencia.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

Podrá encontrar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en www.iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*; tales como agregar o eliminar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

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

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* son nuevos a principios de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare y/o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de Medicamentos* en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Trabaje con su médico (u otro profesional que le recete sus medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o comunicarse con su coordinador de atención médica para pedir una *Lista de Medicamentos Cubiertos* que traten la misma condición.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

- La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.
- Trabaje con su médico (u otro profesional que le recete sus medicamentos) y solicítenos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta el medicamento).
 - Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
 - Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su *Manual para Miembros* para saber más sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención médica.
- Solicítenos cubrir un suministro temporal del medicamento.
 - Cubriremos un suministro **temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal será para hasta 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*).
 - Si obtiene el suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento que cubra nuestro plan o puede solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento actual.

Si IEHP DualChoice aprueba una excepción a la Lista de Medicamentos Cubiertos, es posible que IEHP DualChoice no le exija solicitar la aprobación para el resurtido o una nueva receta para el siguiente año, siempre y cuando usted continúe siendo miembro de IEHP DualChoice. Si usted decide seguir con nosotros el próximo año, IEHP DualChoice podría optar por continuar la cobertura en el nuevo año de beneficios.

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. La cantidad que usted debe pagar depende de en qué etapa se encuentre en el momento de surtir o resurtir una receta. Estas son las dos etapas:



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

<p style="text-align: center;">Etapa 1 Etapa de Cobertura Inicial</p>	<p style="text-align: center;">Etapa 2 Etapa de Cobertura Catastrófica</p>
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Usted comienza esta etapa después de haber pagado una determinada cantidad de gastos de su bolsillo.</p>

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el costo total de sus gastos de bolsillo por los medicamentos llega a **\$2,100**. En ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

En virtud del Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D, durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

D3. Etapa 1 “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 depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y dónde lo compra. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* han pasado a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos cambian de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para averiguar si sus medicamentos están en un nivel diferente, puede buscarlos en nuestra *Lista de Medicamentos*.

La siguiente tabla muestra sus costos en el caso de un suministro para un mes en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros seis (6) niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solamente** durante el tiempo que usted está en la Etapa de Cobertura Inicial.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas, sobre un suministro a largo plazo o sobre los medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para Miembros*.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
<p>Medicamentos en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1, surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago por suministro para un mes (31 días) o 100 días es de \$0.</p>
<p>Medicamentos en los Niveles 2 - 5 (Medicamentos genéricos, de marca preferida, no preferidos y especializados)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento en los Niveles 2 - 5, surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago dependerá de la cantidad de Ayuda Adicional que reciba de Medicare:</p> <p>El copago de Nivel 1 de Ayuda Adicional es de \$5.10 para medicamentos genéricos y \$12.65 para medicamentos de marca. El copago será el mismo para un suministro de un mes (31 días) o 100 días.</p> <p>El copago de Nivel 2 de Ayuda Adicional es de \$1.60 para medicamentos genéricos y \$4.90 para medicamentos de marca. El copago será el mismo para un suministro de un mes (31 días) o 100 días.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
		<p>El copago de Nivel 3 de Ayuda Adicional es de \$0 por medicamentos genéricos y de marca. El copago será el mismo para un suministro de un mes (31 días) o 100 días.</p> <p>Consulte la Cláusula Adicional del Subsidio por Bajos Ingresos para verificar su Nivel de Ayuda Adicional.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 6, surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago por suministro para un mes (31 días) o 100 días es de \$0.</p>

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los costos totales de su bolsillo llegan a **\$2,100**. En ese punto comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cuánto debe pagar por los medicamentos.

D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura Catastrófica”

Cuando usted llega al límite de **\$2,100** en gastos de su bolsillo por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica, durante la cual usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el **Capítulo 6**.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

E. Cambios administrativos

Estamos implementando cambios administrativos. Los cambios administrativos consisten en actualizaciones, como modificaciones en la información del plan o en los procesos operativos, que no afectan la cobertura de los beneficios ni los costos. Vea continuación una descripción de estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (el año próximo)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	No corresponde	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o visite www.iehp.org

F. Cómo elegir un plan

F1. Si permanece en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan. No necesita hacer nada para mantenerse en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o se cambie a Original Medicare, su inscripción en nuestro plan se renovará automáticamente para 2026.

F2. Cómo cambiar de plan

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

Además, puede dar por terminada su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 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 de enero.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende desde el 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.
- Debido a que usted tiene Medi-Cal, puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Puede haber otras situaciones que le permitan hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

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

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados períodos del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, así como otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente finaliza su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral a los Adultos</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el Programa de Atención Integral a los Adultos Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (<i>Health Insurance Counseling and</i>
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

<p>Mayores (<i>Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE</i>), si usted califica.</p> <p>Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de doble elegibilidad para personas con necesidades especiales (<i>dual eligible special needs plans, D-SNPs</i>) en California.</p>	<p><i>Advocacy Program, HICAP</i>) de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8am-5pm. Para más información o para encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.</p> <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para ajustarse a su Plan Medi-Medi.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunesviernes de 8am-5pm. Para más información o para encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

	<p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Debería renunciar a la cobertura de medicamentos únicamente si dispone de cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita la cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunes-viernes de 8am-5pm. Para más información o para encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunes-viernes de 8am-5pm. Para más información o para encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

<p>4. Puede cambiarse a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluidos el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, así como otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el Programa de Atención Integral a los Adultos Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunes-viernes de 8am-5pm. Para más información o para encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	--

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan Medi-Cal o cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263, de lunes a viernes, de 8am a 6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué manera afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare puede afectar el modo en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

G. Cómo recibir ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página durante los días y horarios de atención indicados. Las llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual para Miembros*

Su *Manual para Miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene 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 antes del 15 de octubre. En nuestro sitio web en www.iehp.org encontrará una copia actualizada del *Manual para Miembros*. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo el *Manual para Miembros* de 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en www.iehp.org. Recuerde que en nuestro sitio web encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)*.

G2. Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP):

También puede llamar al Programa de Ayuda sobre el Seguro Médico del Estado (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (HICAP). Los asesores del HICAP pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes y responderán sus preguntas relacionadas con el cambio de planes. El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP ha capacitado asesores en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Programa de Ombudsman

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

- puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a comprender qué hacer.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

G4. Medicare

Para recibir información directamente de Medicare,

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- chatee 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 elige cancelar su inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre 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 utilizando el Buscador de Plan de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Find plans” (Buscar planes)).

Medicare y Usted en 2026

Puede leer el manual *Medicare y Usted en 2026*. Todos los años, en el otoño, se les envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

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

G5. Departamento de Administración de Servicios Médicos de California

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **1-877-273-IEHP (4347)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.

El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún posible derecho o recurso legal que pueda haber a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal de Medi-Cal relacionada con una emergencia, una queja formal de Medi-Cal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal de Medi-Cal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que usted sea elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) en relación con los beneficios de Medi-Cal. Si es elegible para una IMR, durante el proceso de IMR se hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del Departamento es www.dmh.ca.gov.

Consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de su *Manual para Miembros* para más información.

G6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a gestionar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) en forma de pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare, la ayuda del programa de asistencia farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP*) de su estado y el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*), para quienes reúnen los requisitos, le ofrecen muchas más ventajas que la participación únicamente en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los afiliados 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 aparece al final de esta página o visite www.medicare.gov.



Si tiene alguna pregunta, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.iehp.org.