

Estimado(a) miembro:

Esta información se proporciona a todos los miembros del plan de salud de Medicare ofrecido por Kaiser Permanente únicamente para fines educativos acerca de opioides para el dolor. Los opioides para el dolor como la oxycodona (Percocet®), la hidrocodona (Norco®), el fentanilo y la morfina son medicamentos fuertes. Conllevan riesgos graves de adicción y sobredosis. Como su proveedor de atención médica, queremos que esté informado acerca de los posibles riesgos relacionados con el uso de opioides.

### *¿Qué son los opioides para el dolor?*

Los opioides pueden utilizarse para ayudar a tratar el dolor intenso a moderado cuando otras opciones no han funcionado. Es posible que no alivien su dolor por completo y, con el tiempo, los opioides pueden cambiar la manera en que el cerebro procesa las señales de dolor. Esto puede generar incluso más dolor u otros síntomas de salud mental, como cambios del estado de ánimo y del sueño, así como también reducir su capacidad de realizar actividades diarias. Por estos motivos, un médico debe controlar de cerca el uso a largo plazo de opioides.

### *¿Cuáles son los efectos secundarios y riesgos a largo plazo de la toma de opioides?*

- **Tolerancia:** con el tiempo, los opioides pierden eficacia y se necesitan dosis más altas para lograr el mismo grado de alivio del dolor.
- **Dependencia física:** pueden aparecer síntomas de abstinencia cuando los medicamentos se suspenden de pronto o se reducen las dosis en grandes cantidades.
- **Adicción:** es posible que no pueda controlar el uso de opioides.
- **Efectos secundarios físicos:** los opioides pueden causar náuseas, vómitos y estreñimiento.
- **Somnolencia:** los opioides pueden afectar el juicio y la capacidad de toma de decisiones. Estos efectos secundarios pueden generar caídas y accidentes con lesiones graves si se conducen vehículos.
- **Problemas para pensar con claridad, falta de energía y depresión:** estos efectos secundarios pueden influir en la capacidad de una persona de trabajar y llevar a cabo actividades diarias.
- **Apnea del sueño o dificultad para respirar mientras duerme:** los opioides pueden causar problemas del sueño que pueden derivar en fatiga durante el día, afectar la capacidad de pensar y, en algunos casos y cuando se utiliza de manera inapropiada, enlentecer o detener su respiración.
- **Disminución del nivel de hormonas:** el uso de opioides a largo plazo puede derivar en poco deseo sexual, falta de energía, estado de ánimo deprimido, recuperación más lenta de las lesiones musculares y pérdida de masa ósea.
- **Sobredosis accidental y muerte:** estos riesgos aumentan cuanto más tiempo se tomen opioides.

### *¿Cómo puedo tomar opioides de manera segura?*

- **Siga las instrucciones con cuidado.** Siempre siga las indicaciones de su médico y nunca comparta sus medicamentos con otras personas.
- **Sea cauteloso.** No tome sus medicamentos con más frecuencia que la recetada. Hable con su médico o farmacéutico antes de tomar una dosis adicional.
- **Evite las interacciones medicamentosas peligrosas.** Hable con su médico o farmacéutico acerca de todos los medicamentos que toma. Mezclar opioides con cualquiera de los siguientes productos puede aumentar considerablemente el riesgo de una sobredosis: **alcohol, píldoras para dormir** (como zolpidem [Ambien®] o zaleplon [Sonata®]), **medicamentos para la ansiedad** (como diazepam [Valium®], alprazolam [Xanax®] y lorazepam [Ativan®]) y **relajantes musculares** (como carisoprodol [Soma®], baclofeno [Lioresal®] y otros).

- **Hable con su médico sobre analgésicos alternativos.** Si su dolor está bajo control, pregúntele a su médico si debería tomarlos con menos frecuencia o cambiar a otras opciones de analgésicos.
- **Naloxona: Consulte con su médico o farmacéutico sobre un kit de rescate de naloxona.** Con frecuencia, los opioides pueden causar que la respiración sea más lenta o que deje de respirar. La naloxona es un medicamento que puede revertir los efectos de los opioides en el cuerpo. La naloxona es segura y puede salvar su vida. Hable con su médico o farmacéutico para saber si debe recibir una receta de este medicamento. Se recomienda a todos los pacientes que toman opioides con regularidad que tengan naloxona a mano.
- **Almacenamiento seguro de opioides.** Mantenga los medicamentos de opioides en los envases originales y con las etiquetas originales. Almacénelos en un lugar fuera del alcance de los niños y de difícil acceso para las demás personas (p. ej., en un gabinete bajo llave).
- **Siga los procedimientos para un desecho seguro.** Por motivos de seguridad, los medicamentos sin usar deben desecharse depositándolos en un quiosco de recolección disponible en diversas farmacias de Kaiser Permanente, utilizando un paquete de devolución aprobado, o en un “Evento para devolución de medicamentos recetados”. Los paquetes de devolución están disponibles para los miembros en farmacias exclusivas de Kaiser Permanente.

### *¿Qué opciones de control del dolor alternativas debería considerar?*

Hable con su médico sobre maneras de controlar su dolor que no involucren el uso de opioides y sobre qué es más apropiado para usted. Algunas de estas opciones pueden funcionar mejor y causar menos riesgos y efectos secundarios. Según el tipo de dolor que experimente, las opciones pueden incluir las siguientes:

- Medicamentos de venta libre como ibuprofeno (Motrin®), acetaminofén (Tylenol®), naproxeno (Aleve®) o tópicos como capsaicina, diclofenaco en gel (Voltaren®) o trolamina salicilato (Aspercreme®).
- Medicamentos antiinflamatorios recetados como meloxicam (Mobic®), diclofenaco (Voltaren®) y etodolaco (Lodine®). No se recomienda el uso a largo plazo para adultos mayores debido al riesgo de efectos secundarios.
- Algunos medicamentos recetados y no opioides cuyo objetivo son los nervios que producen dolor, como gabapetina (Neurontin®) y pregabalina (Lyrica®).
- Servicios quiroprácticos, fisioterapia y otras terapias, compresas calientes o frías, ejercicios, acupuntura y terapia cognitivo conductual.

Es posible que su médico le recomiende opciones de tratamiento que su plan no cubre. Si esto ocurre, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o visite el sitio web de CMS que describe la cobertura de acuerdo con Medicare Parte A y Parte B para comprender sus opciones

(<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>).

### *¿Qué servicios de tratamiento con opioides están disponibles?*

Medicare Parte B (seguro médico) cubre los programas de tratamiento de opioides (OTP) para el tratamiento del trastorno por uso de opioide (OUD). Para obtener más información acerca de los *beneficios del plan* relacionados con el tratamiento del abuso de medicamentos recetados, incluido el tratamiento asistido con medicamentos, la salud mental y los servicios de asesoramiento, consulte su **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

***Estamos aquí para ayudarle***

Si tiene alguna pregunta sobre la información proporcionada en este anexo o le gustaría obtener más información sobre las maneras de controlar el dolor, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Atentamente,  
Kaiser Permanente

# Notificación Anual de Cambios para el 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. Consulte la página 4 para ver un resumen de costos importantes, incluidas las primas.

Este documento le informa sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que encontrará en nuestro sitio web **kp.org**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

## Qué debe hacer ahora

### 1. Pregunte: ¿Cuáles cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
  - ◆ Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - ◆ Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - ◆ Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de Medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma en la actualidad aún tengan cobertura.
- Verifique para consultar si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

**2. Compare:** Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos del plan en su área.
  - ◆ Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte trasera de su manual de **Medicare y Usted** para el 2023.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. Elija:** Decida si quiere o no cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.
- Para cambiar a un plan diferente, puede cambiar de plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. Su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2023. Esto finalizará su inscripción en el plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.
- Consulte la Sección 5, página 11, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.) El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-800-443-0815** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Este documento está disponible en braille, letra grande o en CD; si necesita uno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.
- La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange**

- Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestros”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del sur de California (Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange (Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange).

# Notificación Anual de Cambios para el 2023

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para el 2023 .....</b>	<b>5</b>
<b>Sección 1 — Cambiaremos el nombre de nuestro plan.....</b>	<b>6</b>
<b>Sección 2 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 2.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red .....	7
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	11
<b>Sección 3 — Cambios administrativos .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 4 — Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>13</b>
Sección 4.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange .....	13
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....	13
<b>Sección 5 — Cómo cambiar de plan.....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 6 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre     Medicare y Medi-Cal (Medicaid).....</b>	<b>15</b>
<b>Sección 7 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>15</b>
<b>Sección 8 — ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>16</b>
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan .....	16
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17
Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid).....	17

## Resumen de costos importantes para el 2023

En la siguiente tabla se comparan los costos de nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange en varias áreas importantes para el 2022 y el 2023. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima podría ser mayor o menor que este monto. Para más datos, consulte la Sección 2.1.	\$31.40 si no califica para recibir “Beneficio Adicional”.*	\$29.00 si no califica para recibir “Beneficio Adicional”.*
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Visitas para atención médica primaria y especializada: \$0	Visitas para atención médica primaria y especializada: \$0
<b>Hospitalizaciones</b>	\$0	\$0
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>	(Para más datos, consulte la Sección 2.5).	
Etapa de Deducible	\$480	\$505
Costo compartido durante la Etapa Inicial de Cobertura (suministro para un máximo de 30 días)	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”: 25 %	Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”: 25 %



<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para más datos, consulte la Sección 2.2).</p>	<p align="center"><b>\$3,400</b></p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p align="center"><b>\$3,400</b></p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## **Sección 1 — Cambiaremos el nombre de nuestro plan**

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal a plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.

También recibirá una nueva tarjeta de identificación de membresía de Kaiser Permanente antes de enero de 2023.

## **Sección 2 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año**

### **Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual**

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<p><b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B a menos que Medi-Cal (Medicaid) la haya pagado por usted).</p>	<p align="center"><b>\$31.40</b> si no califica para recibir “Beneficio Adicional”.</p>	<p align="center"><b>\$29.00</b> si no califica para recibir “Beneficio Adicional”.</p>

## Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de “gastos de bolsillo” para el año. Este límite se llama “monto máximo de gastos de bolsillo”. En cuanto llegue a esta cantidad, por lo general, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B (y otros servicios de atención para la salud que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Como nuestros miembros también obtienen asistencia de Medi-Cal (Medicaid), muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos máximos de bolsillo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con los copagos de la Parte A y Parte B por medio de Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p><b>\$3,400</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>\$3,400</b></p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red

Encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web [kp.org/directory](http://kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte nuestro Directorio de Proveedores de 2023 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en la red de farmacias para el próximo año. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2023 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que en el curso del año podríamos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio en sus proveedores a mediados de año le afecta, llame a Servicio a los Miembros para que podamos ayudarle.

## **Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos**

Tenga en cuenta que la **Notificación Anual de Cambios** le informa sobre los cambios que sufren sus costos y beneficios de Medicare.

Estamos haciendo cambios a los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen a continuación.

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<p><b>Servicios de asesoramiento</b> Cubrimos servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios prestados por terapeutas de matrimonio y familia.</p>	Sin cobertura.	Usted paga \$0.
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación bucal periódica (D0120)</li> <li>• Evaluación bucal detallada y exhaustiva (D0160)</li> <li>• Evaluación periodontal integral (D0180)</li> <li>• Radiografías intrabucales y oclusivas (D0240)</li> <li>• Evaluación del flujo salival por medida (D0419)</li> </ul> <p>(Consulte la <b>EOC</b> para obtener la lista completa de servicios dentales cubiertos a través del programa dental de la HMO de DeltaCare®).</p>	Sin cobertura.	Usted paga \$0.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (programa Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise)</b></p> <p>El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Cubierto. Usted paga \$0 y recibe los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una membresía estándar de gimnasio.</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico para el hogar para hacer ejercicio en el hogar (puede elegir un kit que incluye un monitor de actividad).</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<b>Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC)</b>	Sin cobertura.	<p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral de <b>\$100</b>. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$25. El pedido no debe exceder el límite del beneficio trimestral. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <b>kp.org/otc/ca</b>. Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar que le enviemos por correo un catálogo impreso llamando al <b>1-833-569-2360</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., PST.</p>

---

## Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx).

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) considere peligrosos o que los fabricantes retiren del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura** y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que reúna los requisitos para una reducción o eliminación de los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Es posible que cierta información descrita en esta sección no aplique para usted. **Nota:** Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. Le enviaremos un documento aparte titulado **“Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados”** (conocida también como “Cláusula de subsidio de bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”) en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2022, por favor llame a Servicio a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”.

En la información a continuación, se muestran los cambios para las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes).

**Mensaje importante sobre lo que pagará por las vacunas:** incluso si no califica para recibir Beneficio Adicional, nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no aún no ha pagado su deducible. Comuníquese a Servicio a los Miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que pagará por la insulina:** incluso si no califica para recibir Beneficio Adicional, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no aún no ha pagado su deducible.

### Cambios en la Etapa de Deducible

<b>Etapa</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de <b>\$480</b> si no califica para obtener “Beneficio Adicional”.</p>	<p>El deducible es de <b>\$505</b> si no califica para obtener “Beneficio Adicional”.</p>

### Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

<b>Etapa</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (el próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Una vez que pague su deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda, y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surta su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el <b>25 %</b> del costo total.</li> </ul> <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a <b>\$4,430</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el <b>25 %</b> del costo total.</li> </ul> <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a <b>\$4,660</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>

### Sección 3 — Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Número del Paquete de beneficios del plan (PBP)	Su plan actual, Kaiser Permanente Sr Adv Medicare Medi-Cal, también se denomina PBP #30.	Su nuevo plan, Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange, también se conoce como PBP #72.

### Sección 4 — Cómo decidir qué plan elegir

#### Sección 4.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.

#### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2023, siga estos pasos:

##### Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea información adicional sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual **Medicare y Usted** para el 2023, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y montos de costos compartidos.

##### Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscribese en un plan nuevo. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange.



- Si desea cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
  - ◆ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - ◆ O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

## **Sección 5 — Cómo cambiar de plan**

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

### **¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?**

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura en cualquier momento. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) o a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) en cualquier momento.

## Sección 6 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).

Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico al **1-800-434-0222** (los usuarios de la línea TTY deben marcar el **711**).

Puede obtener información adicional sobre el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico en su sitio web (<https://www.aging.ca.gov/HICAP/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Medi-Cal (el programa de Medicaid en California) al **1-800-952-5253**. Puede utilizar los servicios de telefonía automática de Medi-Cal para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

## Sección 7 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en el “Beneficio Adicional”, también llamado el Subsidio por Bajos Ingresos. “Beneficio Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Puesto que reúne los requisitos, no tendrá un período de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa “Beneficio Adicional”, llame a alguno de los siguientes números:
  - ◆ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - ◆ La oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
  - ◆ Su oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid) (solicitudes).

- **Asistencia con el Costo Compartido de los Medicamentos Recetados para las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del **Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de California**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a la central de llamadas del ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

## Sección 8 — ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Para los usuarios de TTY, llame al **711**). Atendemos las llamadas telefónicas, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su Evidencia de Cobertura de 2023 (contiene los detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)**

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para el 2023. Para más información, consulte la **Evidencia de Cobertura** para el 2023 de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados.

Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web **kp.org/eocncal**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de Medicamentos).

---

## Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Si desea obtener información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
  - ◆ Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- **Visite el sitio web de Medicare**
  - ◆ Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones de calidad con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite el sitio [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- **Lea el manual Medicare y Usted 2023**
  - ◆ Lea el manual **Medicare y Usted 2023**. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtener una en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

---

## Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medi-Cal (Medicaid)

---

Para obtener información sobre Medi-Cal (Medicaid), puede llamar a Medi-Cal (el programa de Medicaid en California) al **1-800-952-5253**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-952-8349**.



**Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal de Orange**

<b>MÉTODO</b>	<b>Servicio a los Miembros - información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>1-800-443-0815</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <b>Directorio de Proveedores</b> para obtener ubicaciones).
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>

# Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:



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

Los formularios de quejas están disponibles en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** (en inglés).

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (**TTY 711**) **1-800-443-0815** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)**. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សេវាលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

# Información sobre el plan

---

## Directorios de proveedores

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia de la red, visite [kp.org/directory](https://kp.org/directory) (haga clic en "Español") para buscar en nuestro directorio en línea (Nota: los directorios de 2023 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2022, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores (Provider Directory) o un Directorio de proveedores dentales (Dental Provider Directory) o un Directorio de farmacias (Pharmacy Directory) (si corresponde), puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

---

## Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D

En nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, se mencionan los medicamentos de Medicare Parte D que cubrimos. La lista de medicamentos recetados disponibles puede cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario. Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en línea en [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx) (haga clic en "Español"). (Nota: la lista de medicamentos recetados cubiertos de 2023 estará disponible a partir del 15 de octubre de 2022, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para que le enviemos por correo una lista de medicamentos recetados disponibles, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

---

## Evidencia de Cobertura (EOC)

Su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) explica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados cubiertos por medio de su plan. En ella se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, visite [kp.org/eocscal](https://kp.org/eocscal) (haga clic en "Español") para ver su EOC en línea. (Nota: la EOC de 2023 para el Sur de California estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2022 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para que le enviemos una EOC por correo puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.