

**Esta es una comunicación informativa que se envía a todos los miembros de planes de salud de Medicare de Kaiser Permanente. No se refiere específicamente a las circunstancias particulares de su atención médica ni de ningún tratamiento que reciba.**

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

Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Kern (HMO) que ofrece Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Sur de California (Plan Basic del condado de Kern)

# Notificación Anual de Cambios para el 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Kern. 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.

**Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

## 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 nuestra “Lista de Medicamentos” de 2024 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.

H0524\_24A036SP\_M

1068147713 S 036

PBP #: 036

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

**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 2024.
- 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 2023, permanecerá en el plan Senior Advantage Basic del condado de Kern.
- 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 2024. Esto finalizará su inscripción en el plan Senior Advantage Basic del condado de Kern.
- 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 la línea TTY deben llamar **al 711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada no tiene costo.
- 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. This call is free.
- 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.

**Información sobre el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Kern**

- Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. 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 se usa “plan” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Senior Advantage Basic del condado de Kern (Senior Advantage).

# Notificación Anual de Cambios para el 2024

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para el 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo .....	7
Sección 1.3 – Cambios en los proveedores y en las farmacias de la red .....	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	13
<b>Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>16</b>
Sección 2.1 – Si desea quedarse en el plan Senior Advantage Basic del condado de Kern .....	16
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	17
<b>Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>18</b>
<b>Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>18</b>
<b>Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>19</b>
<b>Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>19</b>
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan .....	19
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20

## Resumen de costos importantes para el 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos del plan Senior Advantage Basic del condado de Kern en varias áreas importantes para el 2023 y el 2024. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima podría ser mayor o menor que este monto. (Para más datos, consulte la Sección 1.1).	<b>\$0*</b>	<b>\$0*</b>
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el <b>monto máximo</b> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para más datos, consulte la Sección 1.2).	<b>\$2,900</b>	<b>\$2,900</b>
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$0</b> Consultas a un especialista: <b>\$5 por consulta.</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$0</b> Consultas a un especialista: <b>\$5 por consulta.</b>
<b>Hospitalizaciones</b>	Por cada hospitalización, <b>\$50</b> por día durante los primeros <b>5</b> días (\$0 durante el resto de la hospitalización).	Por cada hospitalización, <b>\$80</b> por día durante los primeros <b>5</b> días (\$0 durante el resto de la hospitalización).
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Para más datos, consulte la Sección 1.5).	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido durante la <b>Etapla Inicial de Cobertura</b> (suministro para un máximo de 30 días): Nivel de medicamento 1: <b>\$0</b> Nivel de medicamento 2: <b>\$5</b>	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido durante la <b>Etapla Inicial de Cobertura</b> (suministro para un máximo de 30 días): Nivel de medicamento 1: <b>\$0</b> Nivel de medicamento 2: <b>\$10</b>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Nivel de medica-mento 3: <b>\$40</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 4: <b>\$100</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 5: <b>33 %</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 6: <b>\$0</b></p>	<p>Nivel de medica-mento 3: <b>\$47</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 4: <b>\$100</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 5: <b>33 %</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medica-mento 6: <b>\$0</b></p>
	<p><b>Cobertura para catástrofes:</b></p> <p>En esta etapa de pago, nuestro plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Por cada receta, usted paga un copago: <b>\$0</b> para medicamentos genéricos cubiertos (incluye medica-mentos tratados como genéricos), <b>\$12</b> para medica-mentos de marca cubiertos, y <b>\$0</b> para vacunas inyectables cubiertas de la Parte D.</p>	<p><b>Cobertura para catástrofes:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. <b>Usted no paga nada.</b></p>



## Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual sin beneficios adicionales opcionales</b> (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Prima mensual con beneficios adicionales opcionales</b> Esta prima del plan solo se aplica en su caso si está inscrito para recibir nuestro paquete de beneficios adicionales opcionales. (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	<b>\$15</b>	<b>\$21</b>

- Su prima mensual del plan será **mayor** si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será **menor** si está recibiendo “Beneficio Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 sobre el “Beneficio Adicional” de Medicare.

## Sección 1.2 – 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> 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.	\$2,900	\$2,900 Una vez que haya pagado \$2,900 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.

## Sección 1.3 – 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 proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte nuestro Directorio de Proveedores de 2024 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2024 para saber qué farmacias se encuentran en 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 1.4 – Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos

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>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos y ortésicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluye zapatos y plantillas para diabéticos, y determinados suministros médicos.</li> </ul>	Usted paga <b>10 %</b> de coseguro.	Usted paga <b>20 %</b> de coseguro.
<b>Visitas al departamento de emergencias</b>	Usted paga <b>\$120</b> por consulta.	Usted paga <b>\$135</b> por consulta.
<b>Artículos para la visión</b>	<p>Cada 24 meses, recibe una asignación de <b>\$100</b> para artículos para la visión. Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$100, <b>usted paga la diferencia</b>.</p> <p>Su asignación aumenta si se suscribió a Advantage Plus.</p>	<b>No está cubierto.</b> Sin embargo, si se suscribió a Advantage Plus, recibirá el beneficio de anteojos que se describe a continuación en la fila “Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)”.
<b>Beneficio de acondicionamiento físico (programa Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise)</b>	<p><b>Cubierto.</b> Usted paga <b>\$0</b> 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 (también puede elegir un kit que incluye un monitor de actividad).</li> </ul>	<b>No está cubierto.</b> Sin embargo, si se suscribió a Advantage Plus, recibirá el beneficio de acondicionamiento físico que se describe a continuación en la fila “Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)”.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Servicios para la audición y audífonos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación y pruebas de ajuste de los audífonos.</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b>.</p>	<p><b>No está cubierto.</b> Sin embargo, si se suscribió a Advantage Plus, recibirá el beneficio de audición que se describe a continuación en la fila “Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación para audífonos.</li> </ul>	<p>Cada 36 meses, recibe una asignación de <b>\$500</b> para audífonos por oído, por audífono. Si los audífonos que compra cuestan más de \$500, <b>usted paga la diferencia.</b></p> <p>Su asignación aumenta si se suscribió a Advantage Plus.</p>	<p><b>No está cubierto.</b> Sin embargo, si se suscribió a Advantage Plus, recibirá el beneficio de audición que se describe a continuación en la fila “Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)”.</p>
<p><b>Comidas con entrega a domicilio.</b></p> <p>Entrega a domicilio de comidas después de recibir el alta en el hospital por una insuficiencia cardíaca congestiva (se necesita remisión).</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por hasta dos comidas por día en un período de cuatro semanas consecutivas una vez por año calendario.</p>	<p><b>No está cubierto.</b></p>
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental y problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$50</b> por día durante los primeros <b>5</b> días (\$0 durante el resto de la hospitalización).</p>	<p>Usted paga <b>\$80</b> por día durante los primeros <b>5</b> días (\$0 durante el resto de la hospitalización).</p>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare.</li> <li>El límite de 190 días no se aplica a las estadías por problemas de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Tampoco se aplica a las estadías en un hospital psiquiátrico asociadas con las siguientes afecciones: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y enfermedades mentales graves (SED) de un niño menor de 18 años.</li> </ul>	<p>Cubrimos estadías ilimitadas.</p>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Medicamentos de Medicare Parte B</b> Suministro de hasta 30 días de una farmacia de la red	Usted paga \$5 por medicamentos genéricos y \$40 por medicamentos de marca por receta, excepto que paga \$35 por medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de DME.	Usted paga \$10 por medicamentos genéricos y \$47 por medicamentos de marca por receta, excepto que paga \$35 por medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de DME.
<b>MRI, TC y TEP</b>	Usted paga \$45 por procedimiento.	Usted paga \$200 por procedimiento.
<b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios, incluidas las cirugías</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$50 por visita o procedimiento.
<b>Observación ambulatoria</b>	Usted paga \$120 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.	Usted paga \$135 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.
<b>Tratamiento residencial de trastornos por abuso de sustancias y salud mental</b>	Usted paga \$50 por hospitalización.	Usted paga \$80 por hospitalización.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Por período de beneficios, paga \$0 diarios en los días 1-20 y \$75 diarios en los días 21-100.	Por período de beneficios, paga \$0 diarios en los días 1-20 y \$100 diarios en los días 21-100.

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<p><b>Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)</b></p> <p>Este cambio solo se aplica a los miembros que se inscribieron en los beneficios adicionales opcionales, llamados Advantage Plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos para la visión.</li> </ul>	<p>Cada 24 meses, recibe una asignación de <b>\$280</b> para artículos para la visión que se agrega a su asignación estándar, lo que da como resultado una asignación combinada de \$380.</p> <p>Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$380, <b>usted paga la diferencia.</b></p>	<p>Cada 24 meses, recibe una asignación de <b>\$300</b> para artículos para la visión. Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$300, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio de acondicionamiento físico (programa Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise).</li> </ul>	<p><b>No está cubierto</b> como parte de nuestro paquete Advantage Plus.</p>	<p><b>Cubierto</b> como parte de nuestro paquete Advantage Plus. Usted paga <b>\$0</b> y recibe los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una membresía estándar del centro de acondicionamiento físico.</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año calendario para hacer ejercicio en el hogar (también puede elegir un kit que incluye un monitor de actividad).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y ajustes de los audífonos.</li> </ul>	<p><b>No está cubierto</b> como parte de nuestro paquete Advantage Plus.</p>	<p><b>Cubierto</b> como parte de nuestro paquete Advantage Plus. Usted paga <b>\$0.</b></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="207 304 386 336">• Audífonos.</li> </ul>	<p data-bbox="727 304 1062 630">Usted recibe una asignación adicional de <b>\$500</b> para audífonos agregada a su asignación estándar por oído, por audífono, cada 36 meses, lo que da como resultado una asignación combinada de \$1,000.</p> <p data-bbox="727 640 1062 787">Si los audífonos que compra cuestan más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b></p>	<p data-bbox="1084 304 1419 588">Cada 36 meses, recibe una asignación de <b>\$1,000</b> para audífonos por oído, por audífono. Si los audífonos que compra cuestan más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b></p>

## Sección 1.5 – 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 en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte nuestra “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para consultar si habrá alguna restricción, o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

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**

**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 anexo por separado llamado **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 este anexo antes del 30 de septiembre de 2023, 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).

### **Cambios en la Etapa de Deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (el próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

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

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y <b>usted paga la suya.</b></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>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga <b>\$5</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: Usted paga <b>\$40</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 5, Medicamentos especializados: Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga <b>\$10</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos: Usted paga <b>\$47</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 4, Medicamentos no preferidos: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Nivel 5, Medicamentos especializados: Usted paga el <b>33 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 6, Vacunas inyec-tables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica.</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 6, Vacunas inyec-tables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica.</li> </ul> <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a <b>\$5,030</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>
--	---	---

### **Cambios en las Etapas del Período de Intervalo en la Cobertura y de Cobertura para Catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes.**

**A partir de 2024, si alcanza su Etapa de Cobertura para Catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**.

## **Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1 – Si desea quedarse en el plan Senior Advantage Basic del condado de Kern**

**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 del plan Senior Advantage Basic del condado de Kern.

---

## Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

---

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2024, 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 no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

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 2024, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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**, inscribábase en un plan nuevo. Usted será automáticamente dado de baja del Senior Advantage Basic del condado de Kern.
- Si desea **cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribábase en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja del Senior Advantage Basic del condado de Kern.
- 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**.

### Sección 3 — Fecha límite para 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 2024.

#### ¿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 2024 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 2024.

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 de Medicare **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 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 **sin costo** 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 ([www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)).

## Sección 5 — 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.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener “Beneficio Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período de intervalo en la cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a:
  - ♦ **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**; o
  - ♦ 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 Comprar 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 ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

## Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 6.1 – 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.

**1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

**Lea su Evidencia de Cobertura de 2024 (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 2024. Para más información, consulte la **Evidencia de Cobertura** para el 2024 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/eocscal](http://kp.org/eocscal). 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](http://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 6.2 – 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 2024**

Lea el manual **Medicare y Usted 2024**. Cada otoño, este documento 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**.



## Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage

<b>MÉTODO</b>	<b>Servicio a los Miembros - información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</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>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>POR CORREO</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>.



## 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 panggamot. 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 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.

**Portuguese:** 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。

# Información sobre el plan

Como miembro de este plan, es posible que ocasionalmente nos comuniquemos con usted para informarle sobre otros planes o productos de Kaiser Permanente que posiblemente estén disponibles para usted. Si no quiere recibir este tipo de llamadas, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

---

## Directorios de proveedores

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, visite [kp.org/directory](https://kp.org/directory) y acceda a nuestro directorio en línea. (Nota: los directorios de 2024 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2023, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal un **Directorio de Proveedores**, un **Directorio de Proveedores Dentales** o un **Directorio de Farmacias** (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 duda sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en línea en [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx). (Nota: la lista de medicamentos recetados disponibles de 2024 estará en línea a partir del 15 de octubre de 2023, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal 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 **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 duda sobre su cobertura, visite [kp.org/eocscal](https://kp.org/eocscal) y consulte su **EOC** en línea. (Nota: la **EOC** de 2024 para el Sur de California estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2023, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal la **EOC**, 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.