

**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

# Notificación Anual de Cambios para 2024

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

Este documento le informa los cambios a su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que puede encontrar en nuestro sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol). También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **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: ¿Qué cambios aplicarán para usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - ◆ Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital)
  - ◆ Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
  - ◆ Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costo compartido.
- Consulte los cambios a nuestra "Lista de medicamentos" 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan cubiertos.
- Consulte para ver si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, y otros proveedores, incluidas farmacias, estarán en 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. Use el buscador de Medicare Plan en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista al reverso de su manual **Medicare Y Usted 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 de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, seguirá en el plan Senior Advantage Bronze DM.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2024. Esto terminará su inscripción con el plan Senior Advantage Bronze DM plan.
- Si recientemente se mudó a, actualmente vive o se mudó fuera de una institución (como un centro de enfermería especializado u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (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. Esta llamada no tiene costo.
- 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 (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. 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 Bronze DM**

- Kaiser Permanente es un plan de HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Plan de Salud). Las palabras "plan" o "nuestro plan" se refieren a Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM (Senior Advantage).

# Notificación Anual de Cambios para 2024

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 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 a la prima mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos de bolsillo .....	6
Sección 1.3 – Cambios a las redes de proveedores y farmacias .....	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	9
<b>Sección 2 — Cómo decidir qué plan escoger.....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Bronze DM .....	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	12
<b>Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>13</b>
<b>Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1 — Recibir ayuda de nuestro plan .....	15
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	15

## Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos de nuestro plan Senior Advantage Bronze DM en varias áreas importantes para 2023 y 2024. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.)	\$0*	\$0*
<b>Monto de gastos máximos de bolsillo</b> Este es el <b>monto</b> máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	\$4,900	\$4,100
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: <b>\$0</b> por consulta. Consultas con un especialista: <b>\$35</b> por consulta.	Consultas de atención primaria: <b>\$0</b> por consulta. Consultas con un especialista: <b>\$35</b> por consulta.
<b>Hospitalizaciones</b>	Por cada hospitalización, <b>\$250</b> al día del día <b>1</b> al <b>5</b> .	Por cada hospitalización, <b>\$250</b> al día del día <b>1</b> al <b>5</b> .
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido preferido durante la <b>Etapas de Cobertura Inicial</b> (suministro de hasta 30 días) Nivel de Medicamentos 1: <b>\$0</b> Nivel de Medicamentos 2: <b>\$0</b> Nivel de Medicamentos 3: <b>\$40</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual	Deducible: <b>\$0</b> Costo compartido preferido durante la <b>Etapas de Cobertura Inicial</b> (suministro de hasta 30 días) Nivel de Medicamentos 1: <b>\$0</b> Nivel de medicamento 2: <b>\$5</b> Nivel de Medicamentos 3: <b>\$40</b> Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de Medicamentos 4: <b>\$80</b></p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de Medicamentos 5: <b>33%</b></p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de Medicamentos 6: <b>\$0</b></p>	<p>Nivel de Medicamentos 4: <b>\$80</b></p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de Medicamentos 5: <b>33%</b></p> <p>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de Medicamentos 6: <b>\$0</b></p>
	<p><b>Cobertura para Catástrofes:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Por cada receta médica, usted paga el monto que sea mayor: <b>5%</b> del costo del medicamento (a esto se le llama coseguro), o un copago (<b>\$4.15</b> por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y <b>\$10.35</b> por los demás medicamentos).</p>	<p><b>Cobertura para Catástrofes:</b></p> <p>Durante esta etapa de pagos, 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 a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual sin beneficios suplementarios opcionales</b> (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
<b>Prima mensual con beneficios suplementarios opcionales</b> Una de estas primas del plan se aplica en su caso solo si está inscrito en uno o ambos de nuestros paquetes de beneficios suplementarios opcionales. (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
<b>Opción 1 de Advantage Plus</b>	\$39	\$39
<b>Opción 2 de Advantage Plus</b>	\$14	\$14
<b>Ambas Opciones de Advantage Plus</b>	\$53	\$53

- 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 "Extra Help" con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre "Extra Help" de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de gastos de bolsillo que usted paga en el año. Este límite se llama monto de gastos máximos de bolsillo. Cuando alcance este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (así como por otros servicios de atención médica 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 (próximo año)
<b>Monto de gastos máximos de bolsillo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	<b>\$4,900</b>	<b>\$4,100</b> Una vez que haya pagado \$4,100 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3 – Cambios a las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory) (en inglés). También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y farmacia o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el cual le enviaremos en tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores de 2024 para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Consulte el **Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que en el transcurso del año cambiemos los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan. Si lo afecta un cambio de nuestros proveedores a medio año, comuníquese con Servicio a los Miembros para poder ayudarle.

### Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Estamos haciendo cambios a costos y beneficios para ciertos servicios médicos el año próximo. Estos cambios se describen en la siguiente información.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga \$165 por viaje sencillo.	Usted paga \$200 por viaje sencillo.
<b>Servicios dentales</b> Servicios dentales preventivos e integrales  Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para ver una lista	Usted paga \$0 por atención dental preventiva y diagnóstica.  Usted paga 30% de coseguro por servicios dentales integrales básicos y	Usted paga \$0 por atención dental preventiva y diagnóstica.  Usted paga 30% de coseguro por servicios dentales integrales básicos y 50% de

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>completa de los servicios dentales.</p>	<p><b>50%</b> de coseguro por servicios dentales integrales de dentistas Dental PPO hasta que el plan haya pagado un límite integral de <b>\$1,750 (límite de beneficios anual)</b>, o <b>50%</b> de coseguro por servicios con dentistas de Delta Dental Premier, hasta que el plan haya pagado <b>\$500 (límite beneficio anual)</b>. El límite de beneficios anual solo se aplica a los servicios integrales.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de <b>\$1,750</b> para la atención dental integral con dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el <b>100%</b> durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los <b>\$500</b>.</p>	<p>coseguro por servicios dentales integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado <b>\$2,350 (límite de beneficios anual combinado)</b> por servicios preventivos e integrales, o <b>50%</b> de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado <b>\$500 (límite anual de beneficios combinado)</b> por servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cuando alcance el <b>límite anual de beneficios combinado de \$2,350</b> por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el <b>100%</b> durante el resto del año. <b>Nota:</b> El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los <b>\$500</b>.</p>
<p><b>Departamento de Emergencias</b></p>	<p>Usted paga <b>\$110</b> por consulta</p>	<p>Usted paga <b>\$120</b> por consulta.</p>
<p><b>Artículos para la visión</b></p>	<p>Recibe una asignación de <b>\$200</b> para artículos para la visión cada año.</p> <p>Si los artículos para la visión que compra cuestan más de <b>\$200</b>, <b>usted paga la diferencia</b>.</p>	<p>Recibe una asignación de <b>\$350</b> para artículos para la visión cada año.</p> <p>Si el artículo para la visión que compre cuesta más de <b>\$350</b>, <b>usted paga la diferencia</b>.</p>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Medicamentos genéricos de Medicare Parte B</b> Suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red.	Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.	Usted paga <b>\$5</b> por receta médica.
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Usted paga <b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$100</b> .	Usted paga <b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$120</b> .
<b>Previa autorización de nuestro plan</b> Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de que reciba los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico como paciente ambulatorio</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos</li> <li>• Cirugía ambulatoria realizada en centros quirúrgicos ambulatorios</li> </ul>	No se necesita autorización previa.	Se necesita autorización previa.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Por período de beneficios, usted paga <b>\$0</b> al día, del día <b>1</b> al <b>20</b> , <b>\$196</b> al día, del día <b>21</b> al <b>45</b> , y <b>\$0</b> del día <b>46</b> al <b>100</b> .	Por período de beneficios, usted paga <b>\$0</b> al día, del día <b>1</b> al <b>20</b> , <b>\$203</b> al día, del día <b>21</b> al <b>45</b> , y <b>\$0</b> del día <b>46</b> al <b>100</b> .
<b>Terapia supervisada de ejercicio (SET)</b>	Usted paga <b>\$30</b> por consulta.	Usted paga <b>\$25</b> por consulta.
<b>Servicios de Transporte</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	Usted paga <b>\$0</b> por hasta <b>12</b> viajes sencillos por año calendario.	Usted paga <b>\$0</b> por hasta <b>8</b> viajes sencillos por año calendario.

## 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 una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en "Español").

Hicimos cambios a nuestra "Lista de medicamentos" que puede incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a diferentes niveles de costo compartido. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones o si se movió su medicamento 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 eliminar de inmediato medicamentos que la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o fueron retirados del mercado por el fabricante de un producto. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si resulta afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al inicio o durante el año, revise el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura** y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una exención y trabajar para 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 le ofrece ayuda para pagar sus medicamentos ("Extra Help"), **la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.**

Le enviamos un inserto por separado, llamado "**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**" (también conocida como "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o la "Cláusula LIS"), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Extra Help" y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicio a los Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. A continuación, se muestran los cambios de 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 de Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

### Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: <b>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</b>	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: <b>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</b>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>corresponda y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos que aparecen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <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 para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$19</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$20</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: 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>• Costo compartido estándar: 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> </ul> <p><b>Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$80</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: 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> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$15</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$5</b> por receta médica.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$20</b> por receta médica.</li> </ul> <p><b>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: 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>• Costo compartido estándar: 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> </ul> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$80</b> por receta médica. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li> <li>• Costo compartido estándar: 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> </ul>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Nivel 5, Medicamentos especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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><b>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul> <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los <b>\$4,660</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>	<p><b>Nivel 5, Medicamentos especializados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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><b>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul> <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los <b>\$5,030</b>, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Periodo 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 Periodo de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes.**

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

Si desea información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 2 — Cómo decidir qué plan escoger

### Sección 2.1 – Si desea quedarse en nuestro plan Senior Advantage Bronze DM

**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 en nuestro plan Senior Advantage Bronze DM.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiarse de plan en 2024, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en 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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de Medicare([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual **Medicare y Usted 2024**, llame a su State Health Insurance Assistance Program (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 los montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Senior Advantage Bronze DM.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Senior Advantage Bronze DM.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
  - ◆ Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - ◆ O comuníquese con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicite que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o al plan 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.º de enero de 2024.

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

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluye a las personas que tienen Medicaid, las que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están abandonando la cobertura de un empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1.º de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, 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.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó a, actualmente vive o se mudó fuera de una institución (como un centro de enfermería especializado u hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o

cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados por separado) en cualquier momento.

## Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa independiente del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Colorado, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado.

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 asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. También puede llamar al Colorado State Health Insurance Assistance Program al **1-888-696-7213**.

Puede obtener más información sobre el Colorado State Health Insurance Assistance Program si visita su sitio web ([www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare](http://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare)).

## 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 diversos tipos de ayuda:

- **"Extra Help" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos bajos reúnan los requisitos para obtener "Extra Help" 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 periodo de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - ◆ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de 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 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** o a
  - ◆ Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia para gastos de farmacia.** Colorado cuenta con un programa llamado **Bridging the Gap Colorado** que ayuda a la gente a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el State Health Insurance Assistance Program de su estado.
- **Asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados para las personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (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 vidas. Estas personas deben cumplir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y de VIH; contar con bajos ingresos, de acuerdo con la definición

**1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

del estado; y no tener seguro o tener una cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio de **Bridging the Gap Colorado**.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a **Bridging the Gap Colorado** al **1-303-692-2716**.

## Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 6.1 — Recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos listos para ayudarle. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números no tienen costo.

#### 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 sus beneficios y costos para 2024. Si desea obtener los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura** de 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 debe seguir para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web, **kp.org/eocodb**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidencia de Cobertura** por correo.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **kp.org/espanol**. 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

Para 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 TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

#### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). Este sitio contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones de estrellas del nivel de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver información sobre los planes, visite **www.medicare.gov/plan-compare**.

#### Lea 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, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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>LLAME AL</b>	<b>1-800-476-2167</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	Kaiser Permanente P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>

# Aviso de No Discriminación

Kaiser Permanente cumple las leyes civiles federales y del estado de Colorado, y no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género ni cualquier otro motivo protegido por las leyes federales o estatales.

Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información por escrito en otros formatos, como impreso en 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 escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar una queja formal por correo a: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o por teléfono a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700** (TTY **711**). También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica por medio del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Los formularios de queja están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Kaiser Permanente es un plan de una HMO, de POS de una HMO y de una PPO, con contratos de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

## 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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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 **1-800-476-2167 (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、**1-800-476-2167 (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。