

**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 Medicare Medi-Cal North P2 (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California**

## ***Notificación Anual de Cambios para 2024***

### **Introducción**

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos. Esta *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Guía para miembros* que está en nuestro sitio web en [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal). Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para miembros*.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de manera gratuita en chino, español, tagalo y vietnamita.
- Puede obtener esta *Notificación Anual de Cambios* de manera gratuita en otros formatos, tales como en letra grande, braille o audio. Llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar lo siguiente:
  - idioma que prefiere aparte de inglés u otro formato;
  - una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras; y
  - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.
- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks *English* can help you. This is a free service.
- تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خططنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي (TTY) 711)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث *Arabic* مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).





- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas tej zaum koj yuav muaj ntsig txog peb qhov phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau tus neeg pab txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj **1-800-464-4000 (TTY 711)**, hu tau 24 xuaj moos hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Ib tus neeg uas hais *Hmong* yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Abbiamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere ad ogni eventuale domanda riguardante il nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avere un interprete chiamare il **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Quacuno che parla *Italian* potrà aiutarvi. È un servizio gratuito.
- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, mit denen wir alle Fragen beantworten können, die bei Ihnen möglicherweise bezüglich unserer Gesundheits- oder Arzneimittelpläne aufkommen. Um die Dienste eines Dolmetschers in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach unter **1-800-464-4000 (TTY 711)** an. Jemand, der *German* spricht, steht rund um die Uhr zur Verfügung, um Ihnen zu helfen. Dieser Dienst ist kostenlos.
- 当社では、健康プランや薬のプランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しております。通訳をご依頼頂くには、**1-800-464-4000 (TTY 711)** までお電話ください。24 時間年中無休で対応いたします。*Japanese* を話す担当者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。
- 저희는 건강 또는 약품 플랜에 관한 어떠한 질문에도 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역사를 구하려면 **1-800-464-4000(TTY 711)** 번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. *Korean* 를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າ *Laotian* ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiemx zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi koi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz bouc dauh koi longc 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnavg.

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby skorzystać z usług tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pomoże Ci osoba mówiąca w języku: *Polish*. Usługa jest bezpłatna.
- Oferecemos serviços gratuitos de interpretação para responder suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para ter acesso ao serviço, ligue para **1-800-464-4000** (TTY **711**). O serviço está disponível todos os dias da semana, 24 horas por dia. Alguém que fala *Portuguese brazil* pode ajudar você. Esse serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪੁੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** (TTY **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ *Punjabi* ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- У нас имеется бесплатный сервис устного перевода, чтобы отвечать на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о медицинском или лекарственном плане. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (TTY **711**), который доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Переводчик, который говорит на *Russian*, сможет помочь вам. Этот сервис бесплатный.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un servicio de intérprete, simplemente llámenos al **1-800-464-4000** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable *Spanish US* puede ayudarle. El servicio es gratuito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Matutulungan kayo ng isang taong nagsasalita ng *Tagalog*. Isa itong libreng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาเพื่อตอบคำถามที่คุณสงสัยเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** (TTY **711**) ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด *Thai* พร้อมช่วยเหลือคุณ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



- Для того, щоб відповісти на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи ліків, у нас є перекладач, який надає безкоштовні послуги. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000** (TTY **711**) (цілодобово, 7 днів на тиждень). Хтось, хто володіє *Ukrainian*, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được thông dịch viên trợ giúp, quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Ai đó nói tiếng *Vietnamese* có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.



**Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).

## Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក  
ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។  
អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង  
សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។  
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000**  
បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍  
(បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

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

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ  
ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ  
ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ  
ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃບຮູບແບບອື່ນ.  
ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ  
ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໃຫ້  
ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7  
ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້  
**711**.

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

**Navajo:** Doo bik'é asíníáágóó saad bee ata' hane' bee  
áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jiiigo dóó  
t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidiíkił,  
naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éi  
doodago hane' bee didiíts'ííłgíí yidiíkił. Hane' bee  
bik'i' di'diítííłgíí dóó bee hane' didiíts'ííłgíí  
bina'idíłkíigo yidiíkił. Kojj hodiilnih **1-800-464-4000**,  
t'áá álahjí', jiiigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é.  
(Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal).  
TTY chodayool'ínígíí kojí dahalne' **711**.

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

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

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

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

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

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

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



## Índice

|   |    |
|---|----|
| A. Exenciones de responsabilidad .....                                    | 10 |
| B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año.....   | 10 |
| B1. Información sobre nuestro plan .....                                  | 11 |
| B2. Pasos importantes que se deben seguir .....                           | 11 |
| C. Cambios en el nombre de nuestro plan .....                             | 13 |
| D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red .....            | 13 |
| E. Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....                | 14 |
| E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....     | 14 |
| E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados .....               | 17 |
| E3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial” .....                           | 18 |
| E4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes” .....                  | 19 |
| F. Cambios administrativos .....  | 20 |
| G. Elegir un plan .....   | 20 |
| G1. Permanecer en nuestro plan.....                                       | 20 |
| G2. Cambiar de plan .....   | 20 |
| H. Cómo conseguir ayuda.....  | 24 |
| H1. Nuestro plan .....  | 24 |
| H2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)..... | 24 |
| H3. Programa Ombuds.....  | 25 |
| H4. Medicare.....   | 25 |
| H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....       | 26 |



## A. Exenciones de responsabilidad

- ❖ Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

---

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año

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

Si elige abandonar el plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que se realizó su solicitud. Seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible.

Si abandona el plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

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



## B1. Información sobre nuestro plan

- Kaiser Permanente es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal es una cobertura de salud calificada llamada “cobertura esencial mínima”. 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 sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro”, o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan de Medicare y Medi-Cal.

## B2. Pasos importantes que se deben seguir

- **Consulte si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.



- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
  - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año.
  - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias seguirán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en los costos generales de su plan.**
  - ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**

**Si decide quedarse con el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, deberá hacer lo siguiente:**

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es sencillo: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, seguirá automáticamente inscrito en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal.

**Si decide cambiar de plan deberá hacer lo siguiente:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.



## C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara a Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2.

También recibirá una nueva tarjeta de identificación de Kaiser Permanente antes de enero de 2024.

---

## D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Nuestros proveedores y farmacias de la red han cambiado para 2024.

**Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024** para averiguar si sus proveedores o farmacia siguen en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [kp.org/directory](https://kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para miembros*.



## E. Cambios en los beneficios y costos del próximo año

### E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que pagará por estos servicios médicos cubiertos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

|   | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año) |
|---|---|-----------------------|
| <p><b>Comidas con entrega a domicilio de acuerdo con su cobertura de Medicare</b><br/>Alimentos entregados en su domicilio inmediatamente después del alta de un hospital de la red como paciente hospitalizado debido a un diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca congestiva.</p> <p>Nota: Este cambio no se aplica a su cobertura de acuerdo con Medi-Cal.</p> | <p>Cubrimos hasta dos comidas por día en un período de cuatro semanas consecutivas una vez por año calendario. Es necesaria una referencia.</p> | <p>Sin cobertura.</p> |

|   | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)         |
|---|--|-------------------------------|
| <b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b> | <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 ciertas afecciones.</li></ul> | Cubrimos estadías ilimitadas. |



|  | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC)</b><br/>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$25. El pedido no debe exceder el límite del beneficio trimestral. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>. Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar que le enviemos por correo un catálogo impreso llamando al 1-833-569-2360 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., PST.</p> | <p>Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral de <b>\$100</b>.</p> | <p>Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral de <b>\$140</b>.</p> |



## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre medicamentos o para pedir que le enviemos por correo postal una *Lista de medicamentos cubiertos*.

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año** y averiguar si habrá restricciones.

Si se ve afectado por uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, lo alentamos a:

- Colaborar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
  - Llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección.
  - Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.
- Pedirnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para miembros*).
  - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se acabe. Puede cambiar a otro medicamento que cubre nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y que cubramos su medicamento actual.



- Todas las excepciones a la lista actual de medicamentos cubiertos aprobados se vencen al final de cada año calendario y deben volver a enviarse para su aprobación al principio del nuevo año.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D en nuestro plan. El importe que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. Las dos etapas son las siguientes:

| <b>Etapa 1</b><br><b>Etapa de Cobertura Inicial</b>  | <b>Etapa 2</b><br><b>Etapa de Cobertura para Catástrofes</b>  |
|--|---|
| Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.<br><br>Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año. | Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.<br><br>Esta etapa comienza después de pagar una determinada cantidad de gastos de bolsillo. |

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los gastos de bolsillo para medicamentos recetados alcanza **\$8,000**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

### E3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y dónde lo compre. Usted deberá pagar un copago cada vez que tenga que surtir una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

**Movimos algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para verificar si sus medicamentos están en un nivel distinto, consulte nuestra Lista de Medicamentos.



La siguiente tabla muestra los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros dos niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solamente** durante el tiempo en que se encuentre en la Etapa de Cobertura Inicial.

|  | 2023 (este año)  | 2024 (el próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Medicamentos de los niveles 1 y 2</b></p> <p>(incluye medicamentos genéricos)</p> <p>Costo de un suministro de un mes de un medicamento de nivel 1 y 2 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>                 | <p>Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de <b>\$0 a \$4.15 por receta médica</b>, según su nivel de "Beneficio Adicional".</p>  | <p>Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de <b>\$0 a \$4.50 por receta médica</b>, según su nivel de "Beneficio Adicional".</p>  |
| <p><b>Medicamentos de los niveles 3 a 5</b></p> <p>(incluye medicamentos de marca y especializados)</p> <p>Costo de un suministro de un mes de un medicamento de nivel 3 a 5 que se obtiene en una farmacia de la red.</p> | <p>Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de <b>\$0 a \$10.35 por receta médica</b>, según su nivel de "Beneficio Adicional".</p> | <p>Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de <b>\$0 a \$11.20 por receta médica</b>, según su nivel de "Beneficio Adicional".</p> |

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza **\$8,000**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

#### **E4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes”**

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$8,000** para sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario.

- Para obtener más información sobre sus recetas médicas cubiertas por Medicare y Medi-Cal, consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).



---

## F. Cambios administrativos

|  | 2023 (este año)   | 2024 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| Números de contrato y del Paquete de beneficios del plan (PBP) | Su plan actual, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara, también se denomina Contrato H0524, PBP #074. | Su nuevo plan, Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2, también se denomina Contrato H8794, PBP #002. |

---

## G. Elegir un plan

### G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2024.

### G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro por única vez durante cada uno de los **períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

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

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).



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

- si se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- si su elegibilidad para Medi-Cal o Beneficio Adicional cambió; o
- si se mudó recientemente, está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidados a largo plazo.

### Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1. Puede cambiar a los siguientes planes:</b></p> <p><b>Otro plan de salud de Medicare, incluido otro plan de Medicare Medi-Cal</b></p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Para hacer consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al <b>1-855-921-PACE (7223)</b>.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al <b>1-800-434-0222</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY <b>711</b>). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <b><a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a></b>.</li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p> |
|---|--|



|   |  |
|---|--|
| <p><b>2. Puede cambiar a los siguientes planes:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare</b></p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al <b>1-800-434-0222</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY <b>711</b>). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <b><a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a></b>.</li></ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
|---|--|



|   |   |
|---|---|
| <p><b>3. Puede cambiar a los siguientes planes:</b></p> <p><b>Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al <b>1-800-434-0222</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</p> | <p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al <b>1-800-434-0222</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY <b>711</b>). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
|---|---|

### Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener sus servicios de Medi-Cal después de que abandone nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.



**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

## H. Cómo conseguir ayuda

### H1. Nuestro plan

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

#### Lea la *Guía para miembros*

La *Guía para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios y costos para 2024. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados que cubrimos.

La *Guía para miembros* para 2024 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada de la *Guía para miembros* en nuestro sitio web en [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para pedir que le enviemos por correo postal una *Guía para miembros* para 2024.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

### H2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden explicarle en qué consisten las diferentes opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es **1-800-434-0222**. (TTY **711**). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



### H3. Programa Ombuds

El Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal puede ayudarlo si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del defensor/a general de los derechos del paciente son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal:

- Trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué debe hacer.
- Se asegura de tener información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El número de teléfono del Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal es **1-888-804-3536**.

### H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame 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**.

#### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (**[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)**). Si decide cancelar su suscripción a nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes disponibles de Medicare en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite **[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)** y haga clic en “Buscar planes”).

#### *Medicare y Usted 2024*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada año, este folleto se envía por correo en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (**[www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://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**.

---

**Si tiene preguntas**, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**.



## H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es el responsable de regular los planes de servicios de atención médica. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-443-0815** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Pueden llamar al departamento si necesitan ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una revisión médica independiente (IMR). De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y un sistema de telecomunicación para personas con impedimentos auditivo (**1-877-688-9891**) para personas con trastorno del habla o de la audición. En el sitio web del departamento, **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)**, encontrará formularios de quejas informales, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.



# Aviso de no discriminación

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

Además, nosotros:

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

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

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



## Aviso de no discriminación

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

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

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

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

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

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los formularios de queja están disponibles en:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o 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 de 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) (haga clic en “Español”) 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 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 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/eocncal](https://kp.org/eocncal) (haga clic en “Español”) y consulte su **EOC** en línea (Nota: la **EOC** de 2024 para el Norte 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.