

Notificación Anual de Cambios para el año 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. **Consulte la página 5 para ver un resumen de los costos importantes, incluidas las primas.**

Este documento le informa de los cambios que tendrá su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, que puede encontrar en nuestro sitio web 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 se aplicarán a su plan?

- 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 en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios a nuestra “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan cubiertos.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel diferente de costo compartido o estará sujeto a restricciones diferentes, tal como la autorización previa para 2025.
- Consulte para ver si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, y otros proveedores, incluidas farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Compruebe si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para el Programa “Extra Help” de Medicare.
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y usted* de 2025. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web de nuestro plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, seguirá en el Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.
- Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción en Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.
- Si recién se mudó o si actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare) en cualquier momento. Si recién se mudó de institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Recursos Adicionales

- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 1-800-476-2167 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. This call is free.
- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Si desea información adicional, llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al 1-800-476-2167. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille, letra grande, archivo de audio o CD de datos. Si necesita alguno 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 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM

- Kaiser Permanente es un plan de una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con punto de servicio (Point of Service, 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 refiere a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Plan de Salud). El término “plan” o “nuestro plan” se refieren a Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM (Senior Advantage).

Notificación Anual de Cambios para el año 2025**Índice**

Resumen de Costos Importantes para el Año 2025	5
SECCIÓN 1. Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año	7
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	7
Sección 1.2: Cambios en el Monto de Gastos Máximos de Bolsillo	8
Sección 1.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....	8
Sección 1.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	9
Sección 1.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	15
SECCIÓN 2. Cambios Administrativos	20
SECCIÓN 3. Cómo Decidir Qué Plan Elegir	20
Sección 3.1: Si desea permanecer en Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.....	20
Sección 3.2: Si decide cambiar de plan	20
SECCIÓN 4. Fecha Límite para Cambiar de Plan	21
SECCIÓN 5. Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 6. Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados	22
SECCIÓN 7. ¿Tiene Alguna Pregunta?	24
Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Nuestro Plan	24
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	24

Resumen de Costos Importantes para el Año 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos de Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM en varias áreas importantes para 2024 y 2025. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	\$0	\$0
Monto de gastos máximos de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$4,100	\$5,900
Visitas al consultorio médico	Consultas de atención médica primaria: \$0 Consultas con un especialista: \$35 por consulta.	Consultas de atención médica primaria: \$0 Consultas con un especialista: \$35 por consulta.
Hospitalizaciones	Por cada hospitalización, \$250 por día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de la hospitalización).	Por cada hospitalización, \$250 por día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de la hospitalización).
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial	Deducible: \$0 Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial

**Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM
Notificación Anual de Cambios para el año 2025**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	(suministro de hasta 30 días):	(suministro de hasta 30 días):
	Nivel de Medicamentos 1: \$0	Nivel de Medicamentos 1: \$0
	Nivel de medicamento 2: \$5	Nivel de Medicamento 2: \$3
	Nivel de Medicamentos 3: \$40	Nivel de Medicamento 3: \$45
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de Medicamentos 4: \$80	Nivel de Medicamentos 4: \$90
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamentos 5: 33 %	Nivel de Medicamentos 5: 33 %
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de Medicamentos 6: \$0	Nivel de Medicamentos 6: \$0
	Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pagos, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Sin costo alguno.	Cobertura para Catástrofes: Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1. Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual sin beneficios suplementarios opcionales (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
Prima mensual con beneficios suplementarios opcionales 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. (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
Opción 1 de Advantage Plus	\$39	\$44
Opción 2 de Advantage Plus	\$14	\$14
Ambas Opciones de Advantage Plus	\$53	\$58

- 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.

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 las Partes A y B (así como por otros servicios de atención para la salud que no cubre Medicare, según se describe en el Capítulo 4 de la *Evidencia de Cobertura*) el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto de gastos máximos de bolsillo	\$4,100	\$5,900
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 de gastos máximos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$5,900 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, *solo* se cubren sus medicamentos recetados si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido que podrían ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red en algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en kp.org/directory (haga clic en “Español”). 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. **Consulte el *Directorio de Proveedores (Provider Directory) 2025* (kp.org/directory [haga clic en “Español”]) para comprobar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el *Directorio de Farmacias (Pharmacy Directory) 2025* (kp.org/directory [haga clic en “Español”]) para saber 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 le 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 los 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	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga \$200 por traslado sencillo.	Usted paga \$350 por traslado sencillo.
Servicios dentales – Integrales – Implantes	Sin cobertura.	Usted paga un coseguro del 50 % por los servicios de implantes cuando los proporcionan dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier® o Delta Dental Medicare Advantage PPO™ (consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles).
Medicare no cubre el calzado terapéutico para personas con diabetes	Sin cobertura.	Usted paga un coseguro del 20 % por calzado terapéutico para personas con diabetes con neuropatía periférica y enfermedad vascular periférica.
Departamento de Emergencias	Usted paga \$120 por consulta.	Usted paga \$125 por consulta.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Asignación para artículos para la visión	Usted recibe una asignación de \$350 cada año calendario. Si los artículos para la visión que compre cuestan más que la asignación de \$350, usted paga la diferencia.	Usted recibe una asignación de \$550 cada año calendario. Si los artículos para la visión que compre cuestan más que la asignación de \$550, usted paga la diferencia.
Beneficio para acondicionamiento físico	Usted paga \$0 por el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers, que incluye una membresía de gimnasio básica, clases y recursos de acondicionamiento físico en línea y kits de acondicionamiento físico en el hogar.	Usted paga \$0 por el programa de acondicionamiento físico One Pass™, que incluye acceso a gimnasios dentro de la red, clases y recursos de acondicionamiento físico online, kits de acondicionamiento físico en el hogar y un programa en línea de salud del cerebro. A partir del 1 de enero, puede visitar www.YourOnePass.com o llamar al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m.: <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener un código de acceso que proporcionará a su gimnasio o centro de acondicionamiento físico. • Para obtener información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (asignación para acondicionamiento físico)</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Recibe una asignación anual (un año calendario) de hasta \$500 para gastar en servicios cubiertos relacionados con la salud, como cuotas por entrenamiento personal, por clases de acondicionamiento físico, por centros de acondicionamiento físico y membresías a clubes de tenis. Se le reembolsarán los gastos cubiertos tras presentar un formulario de solicitud de reembolso. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Audífonos con receta médica</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$500 para audífonos, para cada oído, cada 2 años. Si el/los audífono(s) que compre cuesta(n) más que la asignación de \$500, usted paga la diferencia.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$700 para audífonos, para cada oído, cada 2 años. Si el/los audífono(s) que compre cuesta(n) más que la asignación de \$700, usted paga la diferencia.</p>
<p>Medicare no cubre la atención médica domiciliaria (atención domiciliaria avanzada)</p> <p>La atención médica en casa que de otra manera no esté cubierta por Medicare cuando un médico la considere adecuada desde el punto de vista médico en función de su estado de salud, para brindarle una alternativa a recibir cuidados agudos en un hospital, incluidos los siguientes servicios y artículos de acuerdo con su plan de tratamiento en casa:</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0 cuando se le recetan como parte de su plan de tratamiento en casa; de lo contrario, no está cubierto (consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener detalles).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de comunicación para permitir que los miembros se comuniquen con nuestro centro mando de proveedores de la red las 24 horas al día, los 7 días a la semana. • Algunos equipos para garantizar un monitoreo adecuado del miembro en el hogar. • Cierta equipo de seguridad. • Comidas en tanto recibe cuidados agudos en casa. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios y artículos cubiertos por Medicare y recetados como parte de su plan de tratamiento en casa, que incluyen, entre otros, cuidados agudos, visitas al Departamento de Emergencias, consultas a domicilio por parte de ciertos profesionales de atención médica, imágenes diagnósticas y pruebas como radiografías y electrocardiogramas, y suministros médicos. 	<p>Usted paga el costo compartido aplicable descrito en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> de 2024.</p>	<p>Usted paga \$0 cuando se le recetan como parte de su plan de tratamiento en casa; de lo contrario, paga el costo compartido correspondiente (consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> de 2025, para obtener detalles).</p>
<p>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio adicional en el punto de servicio)</p> <p>Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Ecografías. 	<p>Usted paga \$40 por ecografía.</p>	<p>Usted paga \$50 por ecografía.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Medicamentos genéricos de Medicare Parte B Un suministro de hasta 30 días surtido en una farmacia preferida de la red.</p>	<p>Usted paga \$5 por medicamento recetado</p>	<p>Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p>
<p>Medicamentos de marca de Medicare Parte B Un suministro de hasta 30 días surtido en una farmacia preferida de la red.</p>	<p>Usted paga \$40 por medicamento recetado, excepto que paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B administrados mediante un componente de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME).</p>	<p>Usted paga \$45 por medicamento recetado, excepto que paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B administrados mediante un componente de DME.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$225 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$250 por consulta.</p>
<p>Previa autorización de nuestro plan Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de que reciba los siguientes servicios:</p>	<p>No se necesita autorización previa.</p>	<p>Se necesita autorización previa.</p>
<p>Referidos de su médico de atención primaria (PCP) Se requieren referidos de su médico de atención primaria (primary care provider, PCP) antes de que usted pueda recibir los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio del especialista 	<p>No se requiere un referido.</p>	<p>Se requiere un referido para especialistas en alergias, dermatología y urología.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta para el cuidado rutinario de los pies 	Se requiere un referido.	No se requiere un referido.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por período de beneficios, usted paga \$0 al día, del día 1 al 20, \$203 al día, del día 21 al 45, y \$0 del día 46 al 100.	Por período de beneficios, usted paga \$0 del día 1 al 20, \$203 al día, del día 21 al 41, y \$0 del día 42 al 100.
Servicios de transporte Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.	Usted paga \$0 por hasta 8 traslados sencillos por año calendario (limitado a 55 millas por traslado sencillo).	Usted paga \$0 por hasta 18 traslados sencillos por año calendario (limitado a 65 millas por traslado sencillo).
Ultrasonidos	Usted paga \$40 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada.	Usted paga \$50 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada.
Opción 1 de Advantage Plus (beneficios suplementarios opcionales) Este cambio solo se aplica a los miembros que se hayan inscrito en beneficios suplementarios opcionales, llamados Opción 1 de Advantage Plus, por una prima mensual adicional.		
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el hogar. 	Cubierto.	Sin cobertura como parte de nuestro paquete de la Opción 1 de Advantage Plus. Sin embargo, recibirá este beneficio si se inscribe en la Opción 2 de Advantage Plus.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Opción 2 de Advantage Plus (beneficios suplementarios opcionales)		
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el hogar. 	Usted recibe 8 horas al mes de servicios no médicos de apoyo en el hogar para recibir asistencia con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) en el hogar. Cada visita debe ser al menos de 2 horas.	Usted recibe 60 horas al año de servicios no médicos de apoyo en el hogar para recibir asistencia con las ADL y las IADL en el hogar. Cada visita debe durar al menos 3 horas y hay un máximo de 8 horas por turno.

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 (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 la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año del plan podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea, al menos cada mes, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso al respecto.

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.

Actualmente, podemos eliminar de manera inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente, añadiríamos nuevas restricciones o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no se le notifique del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero podría recibirlo después de que lo hagamos.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros o solicitar más información a su proveedor de atención médica, a la persona que emitió la receta médica o farmacéutico.

Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos Recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos una hoja suelta aparte, llamada *Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben “Extra Help” para Pagar sus Medicamentos Recetados (también conocida como Cláusula para Cobertura de Cuidados Médicos Adicionales por Bajos Ingresos [Low Income Subsidy, LIS] o Cláusula LIS)*, que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” y no ha recibido esta hoja suelta antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicio a los Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa del Período de Intervalo en la cobertura y el Coverage Gap Discount Program dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Coverage Gap Discount Program también será sustituido por el Manufacturer Discount Program. Según el Manufacturer Discount Program, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes según el Manufacturer Discount Program no se cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</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>	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por medicamento recetado. • Costo compartido estándar: Usted paga \$15 por medicamento recetado. <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$5 por medicamento 	<p>Su costo para un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1, Medicamentos genéricos preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$0 por medicamento recetado. • Costo compartido estándar: Usted paga \$15 por medicamento recetado. <p>Nivel 2, Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido preferido: Usted paga \$3 por medicamento recetado. Usted paga

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>recetado. Usted paga \$5 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por medicamento recetado. <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido preferido: Usted paga \$40 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$40. Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por medicamento recetado. <p>Nivel 4, Medicamentos no preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido preferido: Usted paga \$80 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un 	<p>\$3 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar: Usted paga \$20 por medicamento recetado. <p>Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido preferido: Usted paga \$45 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$45. Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por medicamento recetado. <p>Nivel 4, Medicamentos no preferidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido preferido: Usted paga \$90 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$90.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$80.</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar: Usted paga \$100 por medicamento recetado. <p>Nivel 5, Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga el 33 % del costo total. <p>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por medicamento recetado. <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Costo compartido estándar: Usted paga \$100 por medicamento recetado. <p>Nivel 5, Medicamentos especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga el 33 % del costo total. <p>Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por medicamento recetado. <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

La tercera y última etapa es la Etapa de cobertura para catástrofes. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos que pagan los fabricantes según el Manufacturer Discount Program no se cuentan para los gastos de bolsillo.

Si desea información específica acerca de sus costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2. Cambios Administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Medicare Prescription Payment Plan	No aplica	El Medicare Prescription Payment Plan es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-476-2167 o visite www.medicare.gov .

SECCIÓN 3. Cómo Decidir Qué Plan Elegir**Sección 3.1: Si desea permanecer en Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM**

Para continuar en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá en automático en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.

Sección 3.2: Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiarse de plan en 2025, 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 de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted de 2025*, 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**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos** recetados, haga lo siguiente:
 - 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 afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4. 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 de enero de 2025.

¿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 de enero de 2025 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 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recién se mudó a una institución o si actualmente vive en una (como un centro de enfermería especializada u hospital de cuidados a largo plazo), puede 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. Si recién se mudó de institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 5. 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 Colorado State Health Insurance Assistance Program.

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 Colorado State Health Insurance Assistance Program 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).

SECCIÓN 6. 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 bajos ingresos 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 penalización por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 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.
- Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica.** 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 afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el State Health Insurance Assistance Program.
- **Asistencia con el Costo Compartido de los Medicamentos Recetados para las Personas con VIH o 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. Para reunir los requisitos para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con determinados requisitos, que incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y del estado del VIH, tener ingresos bajos según lo defina el estado y tener un estado de no asegurado o con cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados por medio de **Bridging the Gap Colorado**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito y cómo seguir recibiendo asistencia, llame a **Bridging the Gap Colorado** al 1-303-692-2716. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan Medicare Parte D o el número de póliza.
- **Medicare Prescription Payment Plan.** El Medicare Prescription Payment Plan es una nueva opción de pago que le ayudará a gestionar los costos anuales de su bolsillo para medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en pagos **mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

“Extra Help” de Medicare y la ayuda de su State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) y ADAP, para aquellos que cumplan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Medicare Prescription Payment Plan. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-476-2167 o visite www.medicare.gov.

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

SECCIÓN 7. ¿Tiene Alguna Pregunta?

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Nuestro Plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí 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 2025* (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 2025. Si desea obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2025 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/eocco (haga clic en “Español”). 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 información actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos Recetados Disponibles/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: 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 de 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted de 2025*. 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 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.



Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 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 de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
SITIO WEB	kp.org/espanol

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.

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。

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 estén disponibles para usted. Si desea no recibir este tipo de llamadas, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

Directorios de Proveedores

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia de la red, visite kp.org/directory (haga clic en "Español") para buscar en nuestro directorio en línea (Nota: los directorios de 2025 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2024 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo un **Directorio de proveedores**, un **Directorio de proveedores dentales** o un **Directorio de farmacias** (si corresponde), puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-476-2167** (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 preguntas sobre los medicamentos cubiertos, consulte en línea nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en kp.org/seniorrx (haga clic en "Español") (Nota: La lista de medicamentos recetados disponibles de 2025 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2024 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para que le enviemos una lista de medicamentos recetados disponibles por correo, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-476-2167** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Su **Evidencia de Cobertura** (Evidence of Coverage, EOC) explica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados cubiertos por medio de su plan. En ella se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene preguntas sobre su cobertura, visite kp.org/eocodb (haga clic en "Español"), para consultar la **EOC** en línea (Nota: la **EOC** de 2025 para Denver y Boulder estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2024 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para que le enviemos una **EOC** por correo, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-476-2167** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.