

**Plan Kaiser Permanente Senior Advantage del condado de Santa Cruz (HMO) que ofrece Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región norte de California (Plan del condado de Santa Cruz)**

## **Notificación Anual de Cambios para el 2025**

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage del condado de Santa Cruz. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. **Consulte la página 5 para conocer un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

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

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

---

### **Qué debe hacer ahora**

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
  - Revise los cambios a los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos las restricciones a la cobertura y los costos compartidos.
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
  - Verifique los cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma en la actualidad aún tengan cobertura.
  - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de los medicamentos se traslada a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a otras restricciones, tales como autorización previa para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Consulte si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Quienes tengan ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

H0524\_25A054ES\_M  
1336257739\_N054\_ES  
PBP #: 054

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)



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

- Revise la cobertura y los costos del plan en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) el sitio web o revise la lista que se encuentra en la parte trasera de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para recibir más asistencia, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en nuestro sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz.
- Para cambiarse a **otro plan**, puede hacer el cambio entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción al plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó de una institución hace poco, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

### Recursos adicionales

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

**Información sobre el plan Kaiser Permanente Senior Advantage del condado de Santa Cruz**

- Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestros”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Health Plan). Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Senior Advantage del condado de Santa Cruz (Senior Advantage).

## ***Notificación Anual de Cambios para 2025***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo .....	8
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y los costos por servicios médicos .....	9
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	14
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 3.1: Si desea quedarse en el plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz .....	18
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	18
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>21</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de nuestro plan .....	21
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....	22

**Resumen de costos importantes para 2025**

En la siguiente tabla se comparan los costos del plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz en varias áreas importantes para 2024 y 2025. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* La prima podría ser mayor o menor que este monto. Vea los detalles en la Sección 1.1.</p>	<b>\$65</b>	<b>\$65</b>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b></p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea los detalles en la Sección 1.2).</p>	<b>\$4,900</b>	<b>\$4,900</b>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p><b>\$5</b> por consulta.</p> <p>Consultas a un especialista:</p> <p><b>\$10</b> por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p><b>\$0</b></p> <p>Consultas a un especialista:</p> <p><b>\$5</b> por consulta.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Por cada hospitalización, <b>\$200</b> por día durante los días <b>1 a 5</b> (<b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).</p>	<p>Por cada hospitalización, <b>\$190</b> por día durante los días <b>1 a 5</b> (<b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D</b> (Vea los detalles en la Sección 1.5).</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Costo compartido durante la Etapa Inicial de Cobertura (suministro</p>	<p>Deducible: <b>\$0</b></p> <p>Costo compartido durante la Etapa Inicial de Cobertura (suministro</p>

**Notificación Anual de Cambios para el plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz para 2025**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	para un máximo de 30 días):	para un máximo de 30 días):
	Nivel de medicamento 1: <b>\$0</b>	Nivel de medicamento 1: <b>\$0</b>
	Nivel de medicamento 2: <b>\$5</b>	Nivel de medicamento 2: <b>\$5</b>
	Nivel de medicamento 3: <b>\$47</b>	Nivel de medicamento 3: <b>\$47</b>
	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamento 4: <b>\$100</b>	Nivel de medicamento 4: <b>\$100</b>
	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamento 5: <b>33%</b>	Nivel de medicamento 5: <b>33%</b>
	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamento 6: <b>\$0</b>	Nivel de medicamento 6: <b>\$0</b>
	Cobertura para catástrofes:	Cobertura para catástrofes:
	Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus 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)
<b>Prima mensual sin beneficios adicionales opcionales</b> (También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$65	\$65
<b>Prima mensual con beneficios adicionales opcionales</b> Esta prima del plan solo se aplica en su caso si está inscrito para recibir nuestro paquete de beneficios adicionales opcionales. (También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$86	\$86

- La prima mensual de su 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.
- La prima mensual será *menor* si está recibiendo “Beneficio Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre el “Beneficio adicional” de Medicare.

## **Sección 1.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo**

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

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>	<b>\$4,900</b>	<b>\$4,900</b>
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$4,900 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 use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

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

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Consulte el *Directorio de Proveedores 2025* ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Consulte el *Directorio de Farmacias 2025* ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**



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

### **Sección 1.4: Cambios en los beneficios y los costos por servicios médicos**

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

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<b>Servicios de acupuntura</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga <b>\$5</b> por consulta de atención primaria o <b>\$10</b> por consulta de atención especializada.	Usted paga <b>\$0</b> por visita de atención primaria o <b>\$5</b> por visita de atención especializada.
<b>Servicios quiroprácticos: cubiertos por Medicare</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Tratamiento dental preventivo con fluoruro</b> A través de nuestro acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) y su programa DeltaCare USA Dental HMO.	<b>No está cubierto.</b>	<b>Cubierto.</b> Usted paga <b>\$0</b> por dos aplicaciones al año.
<b>Servicios Dentales: cubiertos por Medicare</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita con un dentista o <b>\$10</b> por visita con un especialista.	Usted paga <b>\$0</b> por visita con un dentista o <b>\$5</b> por visita con un especialista.
<b>Servicios dentales: visitas al consultorio del proveedor de atención primaria previas al trasplante</b>	Usted paga <b>\$5</b> por consulta.	Usted paga <b>\$0</b> .

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<b>Servicios dentales: radiografías previas al trasplante</b>	Usted paga <b>\$10</b> por consulta.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Departamento de Emergencias</b>	Usted paga <b>\$120</b> por visita.	Usted paga <b>\$125</b> por visita.
<b>Exámenes de los ojos</b>	Usted paga <b>\$0</b> por retinopatía diabética, <b>\$5</b> por visitas con un optometrista o <b>\$10</b> por visita con un/a oftalmólogo/a.	Usted paga <b>\$0</b> por retinopatía diabética y visitas con un optometrista o <b>\$5</b> por visita con un/a oftalmólogo/a.
<b>Servicios de Educación para la Salud</b>	Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal <b>\$5</b> por visita individual.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Exámenes de Audición</b>	Usted paga <b>\$10</b> por visita.	Usted paga <b>\$5</b> por visita.
<b>Atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga <b>\$200</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).	Usted paga <b>\$190</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga <b>\$200</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).	Usted paga <b>\$190</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> durante el resto de la hospitalización).
<b>Servicios para tratar las enfermedades renales</b>	Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal <b>\$5</b> por visita individual.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Asesoramiento sobre la dieta y la nutrición</b>	Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal <b>\$5</b> por visita individual.	Usted paga <b>\$0</b> .

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Servicios de observación</b>	Usted paga <b>\$0</b> cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o <b>\$120</b> por hospitalización, cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.	Usted paga <b>\$0</b> cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o <b>\$125</b> por hospitalización, cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.
<b>Visitas al consultorio de otros proveedores</b>	Usted paga <b>\$3</b> por inyección para las alergias, <b>\$5</b> por visita de atención primaria o <b>\$10</b> por visita de atención especializada.	Usted paga <b>\$0</b> por consulta de atención primaria o inyección para las alergias, o <b>\$5</b> por consulta de atención especializada.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$150</b> por cada consulta, según el servicio.	Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$145</b> por cada consulta, según el servicio.
<b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (Terapia de Grupo)</b>	Usted paga <b>\$2</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (Terapia Individual)</b>	Usted paga <b>\$5</b> por consulta.	Usted paga <b>\$0</b>
<b>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Grupo)</b>	Usted paga <b>\$2</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Individual)</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<b>Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio</b>	Usted paga <b>\$150</b> por procedimiento.	Usted paga <b>\$145</b> por procedimiento.
<b>Servicios de podología</b>	Usted paga <b>\$10</b> por visita.	Usted paga <b>\$5</b> por visita.
<b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Visitas al consultorio de especialistas</b>	Usted paga <b>\$10</b> por visita.	Usted paga <b>\$5</b> por visita.
<b>Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Ecografías</b>	Usted paga <b>\$10</b> por consulta.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Visitas al consultorio de atención de urgencia</b>	Usted paga <b>\$5</b> por visita.	Usted paga <b>\$0</b> .
<b>Radiografías</b>	Usted paga <b>\$10</b> por consulta.	Usted paga <b>\$0</b> .
<p><b>Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)</b></p> <p>Estos cambios solo se aplican a los miembros que se inscribieron en los beneficios adicionales opcionales, llamados Advantage Plus.</p>		

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios Dentales</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Imágenes fotográficas orales y faciales bidimensionales.</li> </ul>	<p><b>No está cubierto.</b></p>	<p><b>Cubierto.</b> Usted paga <b>\$0</b> por una imagen fotográfica cada 3 años calendario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Biopsia de cepillo: recolección de muestra transepitelial.</li> </ul>	<p><b>No está cubierto.</b></p>	<p><b>Cubierto.</b> Usted paga <b>\$23</b> por una biopsia por año calendario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio de acondicionamiento físico</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por el programa de acondicionamiento físico de Silver&amp;Fit que incluye una membresía básica en un gimnasio, clases en línea de acondicionamiento físico y kits de actividad física en el hogar (uno de ellos incluye un rastreador de actividad).</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> por el programa de acondicionamiento físico One Pass™, que incluye acceso a gimnasios de la red, clases y recursos de acondicionamiento en línea, kits de actividad física en el hogar y un programa en línea para mantener la salud cerebral.</p> <p><b>A partir del 1 de enero,</b> puede visitar <a href="http://www.YourOnePass.com">www.YourOnePass.com</a> o llamar al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener un código de acceso que pueda brindarle a su gimnasio o centro de acondicionamiento físico.</li> <li>• Para obtener información sobre los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o configurar su cuenta en línea.</li> </ul>

---

## Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

La lista de medicamentos que cubrimos se llama Lista de medicamentos cubiertos o Lista de Medicamentos. Puede consultar una copia electrónica de nuestra Lista de Medicamentos en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx).

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare y que lo afectarán a lo largo del año. Actualizamos al menos una vez por mes nuestra Lista de Medicamentos en línea, de manera de contar con la versión más actualizada de dicha lista. Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

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

Actualmente podemos eliminar inmediatamente de la Lista de Medicamentos cubiertos una marca de medicamento, siempre que la reemplacemos por una nueva versión genérica del medicamento y siempre que esté en el mismo nivel de costo compartido o, incluso, en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones de las que tiene el medicamento de marca al que reemplaza. Además, cuando agregamos un medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero de inmediato, lo moveríamos a otro nivel de costo compartido, añadiríamos nuevas restricciones o ambas opciones.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos productos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza por un biosimilar, quizás no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni reciba el suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hagamos, pero es posible que la reciba después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos medicamento consulte el Capítulo 12 de la *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede comunicarse con Servicio a los Miembros o preguntarle a su proveedor de atención médica, al profesional que expide las recetas o al farmacéutico, para obtener más información.

**Cambios en los costos y los beneficios de los medicamentos recetados**

**Nota:** Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviaremos un documento aparte titulado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados (conocida también como “Cláusula de subsidio de bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”)*, en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2024, por favor llame a Servicio a los Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas para el pago de medicamentos:** la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. La Etapa de Intervalo en la Cobertura y el Programa de Descuentos en el Período de Intervalo en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos en el Período de Intervalo en la Cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. De acuerdo con el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D y en la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes de acuerdo con el programa de descuento de fabricantes no cuentan dentro de los gastos de bolsillo.

**Cambios en la Etapa de Deducible**

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

**Cambios en el costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial**

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda, y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos de esta tabla son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surta su receta médica en una farmacia de la red que cuente con costos compartidos estándar.</p> <p>Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes, surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga <b>\$5</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Usted paga <b>\$47</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 4. Medicamentos no preferidos: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</li> <li>• Nivel 6: vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul> <p>Cuando el costo total de sus medicamentos llegue a <b>\$5,030</b>, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período de intervalo en la cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes, surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 2, Medicamentos genéricos: Usted paga <b>\$5</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Usted paga <b>\$47</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 4. Medicamentos no preferidos: Usted paga <b>\$100</b> por receta médica.</li> <li>• Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el <b>33 %</b> del costo total.</li> <li>• Nivel 6: vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga <b>\$0</b> por receta médica.</li> </ul> <p>Una vez que haya pagado <b>\$2,000</b> en gastos de bolsillo para los 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 etapa de cobertura para catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D, durante la etapa cobertura para catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes de acuerdo con el programa de descuento de fabricantes no cuentan dentro de los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura para catástrofes, consulte el capítulo 6, Sección 6, en la *Evidencia de Cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare</b></p>	<p>No se aplica.</p>	<p>El plan de pagos para medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos dividiendo el gasto <b>en pagos mensuales que podrán variar durante el año</b> (enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-443-0815 o visite <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</p>

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea quedarse en el plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz

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

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar de plan en 2025, siga estos pasos:

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

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare,
- – *O* – puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Si desea más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz.
- Para **cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja del plan Senior Advantage del condado de Santa Cruz.

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

## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

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

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

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una o se fue de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) o a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos de venta con receta médica de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó de una institución hace poco, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento **sin costo** sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben marcar el 711). Puede obtener información adicional sobre el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico en su sitio web ([www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)).

## SECCIÓN 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 diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener el “Beneficio Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una penalización por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
  - Su oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid).

- **Asistencia con el Costo Compartido de los Medicamentos Recetados para las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del **Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) de California**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame a la central de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050 entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayudará a administrar el costo de medicamentos pagados de su bolsillo, y comienza en 2025. Esta nueva opción de pago funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos, ya que divide el importe **en pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos.**

El “Beneficio Adicional” de Medicare y la asistencia del ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más conveniente que participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, no importa el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare que tengan cobertura de medicamentos deberán ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-443-0815 o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Por favor llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (Solo TTY, llame al 711). Recibimos llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

---

**Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (contiene información sobre los costos y beneficios del próximo año)**

Esta *Notificación Anual de Cambios* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para 2025. Para más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 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 necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal). También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar el sitio web en [kp.org](http://kp.org). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de Medicamentos)*.

---

**Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare**

---

Si desea obtener información directamente de Medicare:

**Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones de calidad con estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite el sitio [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare y usted 2025***

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



## Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage

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

# Aviso de no discriminación

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

Además, nosotros:

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

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

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





## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Información sobre el plan

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

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 Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, **EOC**) explica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados cubiertos por medio de su plan. En ella se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene alguna duda sobre su cobertura, visite [kp.org/eocncal](https://kp.org/eocncal) (haga clic en “Español”) o [kp.org/eocscal](https://kp.org/eocscal) (haga clic en “Español”) y consulte su **EOC** en línea (Nota: la **EOC** de 2025 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2024, 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.