

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

Usted está actualmente inscrito como miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid. 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 los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, que puede encontrar en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol). También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo.

---

### **Qué debe hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE:** Qué cambios me afectan

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (p. ej., médico u hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los costos compartidos y las restricciones de cobertura.
  - 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](http://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 o no cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el Kaiser Permanente Dual Essential.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Kaiser Permanente Dual Essential.
- Consulte la Sección 5 en la página 21 si desea información adicional sobre sus opciones.
- Si se mudó de manera reciente o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o inscribirse en Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## **Acerca de Kaiser Permanente Dual Essential**

- Kaiser Permanente es un plan elegible dual de necesidades especiales de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization Dual Eligible Special Needs Plan, HMO D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)”, se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (plan de salud). Las palabras “plan” o “nuestro plan” se refieren a Kaiser Permanente Dual Essential.

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

### **Índice**

|                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de Costos Importantes para 2025 .....</b>                                           | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1. Cambiamos el Nombre de Nuestro Plan .....</b>                                    | <b>7</b>  |
| <b>SECCIÓN 2. Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....</b>                  | <b>7</b>  |
| Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....                                                  | 7         |
| Sección 2.2: Cambios en el Monto de Gastos Máximos de Bolsillo .....                           | 7         |
| Sección 2.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....                              | 8         |
| Sección 2.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....                 | 9         |
| Sección 2.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....             | 17        |
| <b>SECCIÓN 3. Cambios Administrativos.....</b>                                                 | <b>22</b> |
| <b>SECCIÓN 4. Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>                                           | <b>23</b> |
| Sección 4.1: Si desea permanecer en Kaiser Permanente Dual Essential.....                      | 23        |
| Sección 4.2: Si decide cambiar de plan .....                                                   | 23        |
| <b>SECCIÓN 5. Fecha Límite para Cambiar de Plan.....</b>                                       | <b>24</b> |
| <b>SECCIÓN 6. Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b> | <b>25</b> |
| <b>SECCIÓN 7. Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados .....</b>                | <b>25</b> |
| <b>SECCIÓN 8. ¿Tiene Alguna Pregunta?.....</b>                                                 | <b>27</b> |
| Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Nuestro Plan .....                                          | 27        |
| Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....                                               | 27        |
| Sección 8.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid.....                                               | 28        |

## Resumen de Costos Importantes para 2025

En la siguiente tabla se comparan los costos de Kaiser Permanente Dual Essential 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor que este monto. (Consulte los detalles en la Sección 2.1). | \$46.60 si no califica para recibir “Extra Help”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Visitas al consultorio médico</b>                                                                                    | Consultas de atención médica primaria:<br><b>\$0</b><br><br>Consultas con un especialista:<br><b>\$0</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Consultas de atención médica primaria:<br><b>\$0</b><br><br>Consultas con un especialista:<br>Usted paga <b>\$5</b> por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Hospitalizaciones</b>                                                                                                | Por hospitalización, <b>\$0</b> o <b>\$195</b> por día, del día <b>1 al 5</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> por consulta.                                                                                                                                                                                                                                                | Por hospitalización, <b>\$0</b> o <b>\$225</b> por día, del día <b>1 al 6</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> por consulta.                                                                                                                                                                                          |
| <b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b><br>(Consulte los detalles en la Sección 2.5).                  | El deducible es de <b>\$545</b> , excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.<br><br>Costo compartido durante la etapa de cobertura inicial (hasta un suministro de 30 días) si no califica para “Extra Help”: <b>25 %</b><br>Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.<br>Cobertura para catástrofes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pagos, nuestro plan</li> </ul> | El deducible es de <b>\$530</b> (Niveles 1, 2, 3, 4 y 5), excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.<br><br>Costo compartido durante la etapa de cobertura inicial (hasta un suministro de 30 días) si no califica para “Extra Help”:<br><br>Nivel de medicamentos 1: <b>22 %</b><br>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |

| Costo                                                                                                                                                                                                         | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                               | <p>paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>                                                                                                                                                                                                  | <p>Nivel de medicamentos 2:<br/><b>23 %</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 3:<br/><b>24 %</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 4:<br/><b>25 %</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 5:<br/><b>25 %</b></p> <p>Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamentos 6: <b>\$0</b></p> <p>Cobertura para catástrofes:<br/>Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> |
| <p><b>Monto de gastos máximos de bolsillo</b></p> <p>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 2.2).</p> | <p><b>\$4,200</b></p> <p>Si es elegible para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto de gastos máximos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p><b>\$4,900</b></p> <p>Si es elegible para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto de gastos máximos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## SECCIÓN 1. Cambiamos el Nombre de Nuestro Plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid a Kaiser Permanente Dual Essential.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de membresía antes de enero de 2025.

## SECCIÓN 2. Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

| Costo                                                                                                                        | 2024 (este año)                                   | 2025 (el próximo año) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted). | \$46.60 si no califica para recibir “Extra Help”. | \$0                   |

### Sección 2.2: Cambios en el Monto de Gastos Máximos de Bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de gastos de bolsillo que usted paga en el año. Este límite se llama monto de gastos máximos de bolsillo. Cuando alcance este monto, por lo general no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (así como por otros servicios de atención para la salud que no cubre Medicare, según se describe en el Capítulo 4 de la *Evidencia de Cobertura*) durante el resto del año.

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monto de gastos máximos de bolsillo</b><br><b>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos máximos de bolsillo.</b><br>Si es elegible para recibir asistencia con los copagos de la Parte A y Parte B por medio de <b>Medicaid</b> , usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para | \$4,200         | <b>\$4,900</b><br>Una vez que haya pagado \$4,900 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B (y algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos |

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| <p>alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo.</p> |                 | <p>durante el resto del año calendario.</p> |

### Sección 2.3: 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 medicamentos recetados si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Proveedores (Provider Directory)* de 2025 ([kp.org/directory](https://kp.org/directory) [haga clic en “Español”]) para comprobar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Farmacias (Pharmacy Directory)* de 2025 ([kp.org/directory](https://kp.org/directory) [haga clic en “Español”]) para conocer las farmacias que están en 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 2.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Haremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen en la siguiente información.

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acupuntura (cubierta por Medicare)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$20</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> por visita grupal o <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta de atención especializada. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                |
| <b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$20</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                        |
| <b>Servicios dentales preventivos e integrales: límite de beneficio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Límite de beneficio anual combinado de servicios dentales preventivos e integrales</li> </ul> Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para ver una lista completa de los servicios dentales. | Usted paga <b>\$0</b> por servicios dentales preventivos e integrales hasta que el plan haya pagado <b>\$2,500 (límite de beneficio anual combinado)</b> por servicios preventivos e integrales cuando los proporcionen dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO™ (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para los dentistas | Usted paga <b>\$0</b> por servicios dentales preventivos e integrales hasta que el plan haya pagado <b>\$3,000 (límite de beneficio anual combinado)</b> por servicios preventivos e integrales cuando los proporcionen dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO™ (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para los |

| Costo                                                                    | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                  | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | dentro de la red). Una vez que alcance el límite de <b>\$2,500</b> , usted paga el 100 % durante el resto del año.                                                                               | dentistas dentro de la red). Una vez que alcance el límite de <b>\$3,000</b> , usted paga el 100 % durante el resto del año.                                                                                                 |
| <b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b>                       | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                          | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                     |
| <b>Medicare no cubre el calzado terapéutico para personas diabéticas</b> | <b>Sin cobertura.</b>                                                                                                                                                                            | Usted paga un coseguro del <b>20 %</b> por calzado terapéutico para personas diabéticas con neuropatía periférica y enfermedad vascular periférica.                                                                          |
| <b>Departamento de Emergencias</b>                                       | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$120</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                       | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$125</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                   |
| <b>Asignación de artículos para la visión</b>                            | Ofrecemos una asignación de <b>\$600</b> cada 12 meses para comprar artículos para la visión. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$600, usted paga la diferencia.            | Ofrecemos una asignación de <b>\$650</b> cada 12 meses para comprar artículos para la visión. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$650, usted paga la diferencia.                                        |
| <b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>                             | Usted paga <b>\$0</b> 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 | Usted paga <b>\$0</b> por el programa de acondicionamiento físico One Pass™, que incluye acceso a gimnasios dentro de la red, clases y recursos de acondicionamiento físico en línea, kits de acondicionamiento físico en el |

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2024 (este año)                                                                                                                                              | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | acondicionamiento físico para el hogar.                                                                                                                      | <p>hogar y un programa en línea de salud del cerebro.</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 7 a. m. a 8 p. m.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para obtener un código de acceso que proporcionará a su gimnasio o centro de acondicionamiento físico;</li> <li>• para obtener información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea.</li> </ul> |
| <b>Audífonos con receta médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Recibe una asignación para audífonos de <b>\$1,500</b> por oído cada dos años. Si los audífonos que compre cuestan más de \$1,500, usted paga la diferencia. | Recibe una asignación para audífonos de <b>\$3,000</b> por oído cada dos años. Si los audífonos que compre cuestan más de \$3,000, usted paga la diferencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Medicare no cubre la atención médica domiciliaria (atención domiciliaria avanzada)</b></p> <p>La atención médica en su hogar que no estaría cubierta de otro modo por Medicare cuando un médico la considera médicamente apropiada con base en su estado de salud, para proporcionarle una alternativa para recibir cuidados agudos en un hospital, incluidos los siguientes servicios y artículos <b>de acuerdo con su plan de tratamiento en casa:</b></p> | Sin cobertura.                                                                                                                                               | Usted paga <b>\$0</b> cuando se receta 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• algunos equipos para garantizar un monitoreo adecuado del miembro en el hogar;</li> <li>• cierto equipo de seguridad;</li> <li>• comidas mientras recibe cuidados agudos en el hogar.</li> </ul> <p>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> | <p>Usted paga el costo compartido correspondiente descrito en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> de 2024.</p>                                                                                                                                                                        | <p>Usted paga <b>\$0</b> cuando se 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><b>Apoyo en el hogar</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Recibe 8 horas al mes de servicios de apoyo no médicos 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.</p> | <p>Recibe 60 horas al año de servicios de apoyo no médicos en el hogar para la 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.</p>                                                                     |

| Costo                                                                                                         | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidados agudos para pacientes hospitalizados</b>                                                          | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$195</b> por día, del día <b>1 al 5</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$225</b> por día, del día <b>1 al 6</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>                                                 | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$195</b> por día, del día <b>1 al 5</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$225</b> por día, del día <b>1 al 6</b> (\$0 durante el resto de su hospitalización). Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios educativos sobre la enfermedad renal</b>                                                         | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                   | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Medicamentos de marca de Medicare Parte B</b><br>Hasta un suministro de 30 días en una farmacia de la red. | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$10</b> por receta, excepto que paga <b>\$0</b> por medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$47</b> por receta, excepto que paga <b>\$0</b> por medicamentos de insulina de la Parte B</li> </ul> |

| Costo                                                                                                                  | 2024 (este año)        | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                        |                        | <p>proporcionados a través de un artículo de DME. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Medicamentos administrados en una clínica de Medicare Parte B</b></p>                                            | <p>Usted paga \$0.</p> | <p>Usted paga un coseguro del <b>0 al 20 %</b> para los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico y cuando son administrados por un proveedor de la red. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> |
| <p><b>Medicamentos genéricos de Medicare Parte B</b><br/>Hasta un suministro de 30 días en una farmacia de la red.</p> | <p>Usted paga \$0.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo compartido preferido: Usted paga \$0.</li> <li>• Costo compartido estándar: Usted paga \$0 o \$20 por receta, excepto que paga \$0 por medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</li> </ul>                                                                   |

| Costo                                                                                                                                                                    | 2024 (este año)                                                                                                                                                            | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IRM, TC y TEP</b>                                                                                                                                                     | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$125</b> por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . |
| <b>Servicios de tratamiento para el abuso de opioides</b>                                                                                                                | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                        |
| <b>Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio</b>                                                                                                           | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$125</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$150</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                      |
| <b>Hospitalización parcial</b>                                                                                                                                           | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$45</b> por día. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                            |
| <p><b>Previa autorización de nuestro plan</b></p> <p>Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de que reciba los siguientes servicios:</p> | <p>Calzado y plantillas terapéuticas para personas con diabetes</p> <p>No se necesita autorización previa.</p>                                                             | <p>Se necesita autorización previa.</p>                                                                                                                                                                         |

| Costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Consultas de podología (cubiertas por Medicare)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                           |
| <b>Radioterapia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Usted paga <b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> .                                                                                                                                           |
| <p><b>Referidos de su médico de atención primaria (PCP)</b></p> <p>Se requieren referidos de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) antes de que usted pueda recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita al consultorio de atención especializada</li> <li>• Consulta para el cuidado rutinario de los pies</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se requiere referido.</li> <li>• Es necesario un referido.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere un referido para especialistas en alergias, dermatología y urología.</li> <li>• No se requiere referido.</li> </ul>                                                                                                                                           |
| <b>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Usted paga <b>\$0</b> por día, del día <b>1</b> al <b>20</b> , <b>\$0</b> o <b>\$203</b> por día, del día <b>21</b> al <b>41</b> , y <b>\$0</b> por día, del día <b>42</b> al <b>100</b> . Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . | Usted paga <b>\$0</b> por día, del día <b>1</b> al <b>20</b> , <b>\$0</b> o <b>\$203</b> por día, del día <b>21</b> al <b>45</b> , y <b>\$0</b> por día, del día <b>46</b> al <b>100</b> . Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga <b>\$0</b> . |

| Costo                                          | 2024 (este año)                                                                                           | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Visitas a consultorios de especialistas</b> | Usted paga \$0.                                                                                           | Usted paga \$0 o \$5 por consulta. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.   |
| <b>Servicios de transporte</b>                 | Usted paga \$0 por una cantidad ilimitada de viajes sencillos (limitado a <b>55 millas</b> por trayecto). | Usted paga \$0 por una cantidad ilimitada de viajes sencillos (limitado a <b>65 millas</b> por trayecto).                                            |
| <b>Ecografías</b>                              | Usted paga \$0.                                                                                           | Usted paga \$0 o \$25 por ecografía. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0. |

## Sección 2.5: 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 línea en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”).

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos que puede incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a diferentes niveles de costo compartido. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones o si se movió su medicamento a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en 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 o 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 de manera inmediata 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 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

Si recibe “Extra Help” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, usted podría calificar para una reducción o eliminación de costo compartido por los medicamentos de la Parte D. Alguna de la información descrita en esta sección podría no aplicarse a usted. **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 enviaremos un anexo por separado, llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos recetados* (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Cláusula LIS”), en el cual se explican 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 pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por 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 cuentan para los gastos de bolsillo.

### Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2024 (este año)                                                                                                           | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de <b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos), <b>Nivel 2</b> (genéricos), <b>Nivel 3</b> (de marca preferidos), <b>Nivel 4</b> (no preferidos) y <b>Nivel 5</b> (especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluida herpes zóster, tétanos y vacunas para viajeros.</p> | <p>El deducible es de <b>\$545</b> si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa “Extra Help”.</p> | <p>El deducible es de <b>\$530</b> si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa “Extra Help”.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el siguiente costo compartido por un suministro de hasta 30 días:</p> <p><b>\$0</b> por medicamentos del <b>Nivel 6</b>.</p> <p>Usted paga el costo total de sus medicamentos de <b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos), <b>Nivel 2</b> (genéricos), <b>Nivel 3</b> (de marca preferidos), <b>Nivel 4</b> (no preferidos) y <b>Nivel 5</b> (especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

## Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para los medicamentos del Nivel 6, vacunas inyectables de la Parte D, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambiará de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2024 a 2025.

| Etapa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2024 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague su deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Para 2024, usted pagó un coseguro del 25 % por medicamentos del Nivel 6, vacunas inyectables de la Parte D, si no califica para “Extra Help”. Para 2025, usted pagará un copago de \$0 por los medicamentos de este nivel.</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, si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa “Extra Help”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga el <b>25 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$35</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</li> </ul> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos alcancen los <b>\$5,030</b>, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período de intervalo en la cobertura).</p> | <p>Su costo para un suministro de un mes, si no reúne los requisitos para recibir ayuda por medio del programa “Extra Help”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Usted paga el <b>22 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del <b>22 %</b> del costo total.</li> <li>• Nivel 2, medicamentos genéricos: Usted paga el <b>23 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del <b>23 %</b> del costo total.</li> <li>• Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Usted paga el <b>24 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$0</b> por suministro</li> </ul> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                 | <p>mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del <b>24 %</b> del costo total.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: Usted paga <b>25 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del <b>25 %</b> del costo total.</li> <li>• Nivel 5, medicamentos de nivel especializado: Usted paga el <b>25 %</b> del costo total. Usted paga <b>\$0</b> por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</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 tercera y última etapa es la de 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 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 3. Cambios Administrativos

| Descripción                                               | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b> | No se aplica    | <p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare 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 <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-476-2167 o visite <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</p> |

## SECCIÓN 4. Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 4.1: Si desea permanecer en Kaiser Permanente Dual Essential

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, seguirá inscrito automáticamente en el plan Kaiser Permanente Dual Essential.

### Sección 4.2: Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro 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.

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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted de 2025*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

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 los costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su membresía se cancelará automáticamente en Kaiser Permanente Dual Essential.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan nuevo de medicamentos. Su membresía se cancelará automáticamente en Kaiser Permanente Dual Essential.
- Si desea **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, haga lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

## SECCIÓN 5. 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.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos:

- Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare, así como la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, también 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 de manera reciente 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 recientemente se mudó de una institución, tiene la posibilidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

## SECCIÓN 6. Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 plan. También puede llamar al Colorado State Health Insurance Assistance Program al 1-888-696-7213.

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) llamando al 1-800-221-3943, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m., excepto los viernes de 10 a. m. a 11 a. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medicaid.

## SECCIÓN 7. Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diversos tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Extra Help”, también llamado el Subsidio por Bajos Ingresos. “Extra Help” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Puesto que reúne los requisitos, no tendrá una penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa “Extra Help”, 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.
  - O su oficina estatal de Medicaid.

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

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Colorado cuenta con un programa llamado Bridging the Gap Colorado que ayuda a la gente a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el State Health Insurance Assistance Program.
- **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.
- **El Medicare Prescription Payment Plan.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare 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 de medicamentos actual 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 del 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](http://www.medicare.gov).

## SECCIÓN 8. ¿Tiene Alguna Pregunta?

### Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Nuestro Plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-476-2167. (Solo TTY, llame 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 son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura de 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](http://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](http://kp.org/espanol). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de medicamentos*).

### Sección 8.2: 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](http://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](http://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.

---

**Sección 8.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) sin costo al 1-800-221-3943, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m., excepto días festivos estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Essential

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

# Aviso de No Discriminación

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

Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

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

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

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

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-476-2167 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-476-2167 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-476-2167 (TTY 711)**. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-476-2167 (TTY 711)**. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-476-2167 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-476-2167 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-476-2167 (TTY 711)**. にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

# 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](https://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](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).

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](https://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.