

Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP) ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región Norte de California

Notificación Anual de Cambios para 2025

Introducción

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en árabe, chino, persa, hmong, ruso, español, tagalog y vietnamita.
- Puede obtener esta *Notificación Anual de Cambios* de manera gratuita en otros formatos, tales como en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar lo siguiente:
 - Idioma que prefiere aparte de inglés u otro formato.
 - una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras; **y**
 - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



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

Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año	3
B1. Información sobre el plan	4
B2. Pasos importantes que se deben seguir	5
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	6
D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red	6
E. Cambios en los beneficios y costos del próximo año	7
E1. Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos.....	7
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados.....	9
E3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”	12
E4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes”	13
F. Cambios administrativos	14
G. Elegir un plan.....	14
G1. Permanecer en nuestro plan.....	14
G2. Cambiar de plan	14
H. Cómo conseguir ayuda	20
H1. Nuestro plan	20
H2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	20
H3. Programa Ombuds	21
H4. Medicare.....	21
H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	22
H6. Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare	22



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

A. Exenciones de responsabilidad

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

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

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

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

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

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



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

B1. Información sobre el plan

- Kaiser Permanente es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura del plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2 es una cobertura de salud calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la protección al paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestros” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan de Medicare y Medi-Cal.



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

B2. Pasos importantes que se deben seguir

- **Consulte si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, tal como el requerimiento de autorización previa?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias seguirán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.



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

- **Piense en los costos generales de su plan.**
 - ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2:

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es sencillo: no necesita hacer nada. Si no realiza un cambio, automáticamente permanecerá inscrito en el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2.

Si decide cambiar de plan deberá hacer lo siguiente:

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

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 a Kaiser Permanente Dual Complete North P2.

También recibirá una nueva tarjeta de identificación de Kaiser Permanente antes de enero de 2025.

D. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que use. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, *solo* si se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

Nuestros proveedores y farmacias de la red han cambiado para 2025.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025 para averiguar si sus proveedores o farmacia siguen en nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en



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

nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

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

E. Cambios en los beneficios y costos del próximo año

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

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



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

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de Ambulancia	\$0 si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal. De lo contrario, usted paga \$200 por cada viaje.	\$0 si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal. De lo contrario, usted paga \$325 por cada viaje.
Servicios dentales Los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos a través del programa de DeltaCare® USA Dental HMO.	Usted paga \$0 .	No está cubierto. Continuará teniendo cobertura para servicios dentales a través de su plan de atención dental de Medi-Cal.
Atención de emergencia	Usted paga \$0 .	\$0 si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal. De lo contrario, usted paga \$110 por visita.
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga \$0 por el Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicios Silver&Fit® que incluye una membresía básica en un gimnasio, clases en línea de acondicionamiento físico y kits de elementos de ejercicio para el hogar (uno de ellos incluye un rastreador de actividad).	Usted paga \$0 por el programa de acondicionamiento físico One Pass™, que incluye acceso a gimnasios de la red, clases y recursos de acondicionamiento en línea, kits de elementos para ejercitarse en el hogar y un programa en línea para mantener la salud cerebral.



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

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de observación	Usted paga \$0.	\$0 si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal. De lo contrario, usted paga \$0 cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria o \$110 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra *lista de medicamentos*

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

Hicimos cambios en nuestra *lista de medicamentos*, que podrían eliminar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o si su medicamento se ha movido a otro nivel de costo compartido.

Consulte la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción o si se movió el medicamento a otro nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado y que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos al menos una vez por mes nuestra *Lista de medicamentos* en línea, de manera de mostrar la versión más actualizada de dicha lista. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre ese cambio.



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

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

- Colaborar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio a los Miembros, a los números que se encuentran en la parte inferior de la página, a fin de pedir una *Lista de medicamentos cubiertos* que sirvan como tratamiento para la misma afección.
 - Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.
- Pedirnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros*).
 - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con el médico para saber qué hacer cuando ese suministro se acabe. Puede cambiar a otro medicamento que cubre nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y que cubramos su medicamento actual.
 - Todas las excepciones a la lista actual de medicamentos cubiertos aprobados se vencen al final de cada año calendario y deben volver a enviarse para su aprobación al principio del nuevo año.

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



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

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

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos medicamento, consulte el **Capítulo 12** de su *Guía para miembros*. 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:


www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página, o pedir más información a su proveedor de atención médica, al profesional que expide las recetas o al farmacéutico.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

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

<p>Etapas</p> <p>Etapas de Cobertura Inicial</p>	<p>Etapas</p> <p>Etapas de Cobertura para Catástrofes</p>
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2025.</p> <p>Esta etapa comienza después de pagar una determinada cantidad de gastos de bolsillo.</p>

La etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los gastos de bolsillo para medicamentos recetados alcanzan los **\$2,000**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

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

A partir de 2025, de acuerdo con el Programa de descuento de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D, durante la etapa inicial cobertura. Los descuentos pagados por los fabricantes de acuerdo con el programa de descuento de fabricantes no cuentan dentro de los gastos de bolsillo.

E3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”

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

Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el **Capítulo 6**, Sección D de su *Guía para miembros*.

Movimos algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para verificar si sus medicamentos están en un nivel distinto, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.

La siguiente tabla muestra los costos de los medicamentos en cada uno de nuestros cinco niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solamente** mientras esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Costo de medicamentos en niveles 1-2 (incluye medicamentos genéricos) para un suministro de un mes en los niveles 1 y 2 que se surten en un farmacia de la red	Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$4.50 por receta médica , según su nivel de "Beneficio Adicional".	Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$4.90 por receta médica , según su nivel de "Beneficio Adicional".



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

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Costo de medicamentos en niveles 3-5 (incluye medicamentos de marca y de especialidad) para un suministro de un mes en los niveles 3 a 5 que se surten en un farmacia de la red	Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$11.20 por receta médica , según su nivel de "Beneficio Adicional".	Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$12.15 por receta médica , según su nivel de "Beneficio Adicional".

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza **\$2,000**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos recetados.

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

A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D, durante la etapa cobertura para catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes de acuerdo con el programa de descuento de fabricantes no cuentan dentro de los gastos de bolsillo.

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de **\$2,000** por medicamentos recetados, comienza a funcionar la etapa de cobertura para catástrofes y no deberá pagar nada por los medicamentos que estén cubiertos. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte el **Capítulo 6** de su *Guía para miembros*.



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

F. Cambios administrativos

Además, el año que viene habrá un cambio administrativo. La siguiente tabla describe el cambio.

	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare	No se aplica.	El plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare lo ayuda a administrar sus costos en medicamentos puesto que los divide a lo largo del año, en forma de pagos mensuales. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece al pie de la página o visite www.medicare.gov .

G. Elegir un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si **no** cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan durante 2025.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medi-Cal, puede finalizar la membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.



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

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

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

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

- se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- se ha modificado su elegibilidad para Medi-Cal o Beneficio Adicional, o
- se mudó recientemente o actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería especializada, o un hospital con atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o hacer el cambio a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para, en cualquier mes del año, obtener los servicios de Medicare enumerados a continuación. Tiene otra opción que se menciona a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período anual de inscripción** y el **período de inscripción abierta a Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.



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

<p>1. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y los servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal.</p> <p>Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi.</p> <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para coincidir con el plan Medi-Medi.</p>
--	---



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

<p>2. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
---	---



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

<p>3. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>NOTA: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.</p>
--	---



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

<p>4. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el Período anual de inscripción y el Período de inscripción abierta para Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan de Medicare cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	---

Sus servicios de Medi-Cal

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



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

H. Cómo conseguir ayuda

H1. Nuestro plan

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

Lea la *Guía para miembros*

La *Guía para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre beneficios y costos para 2025. Explica sus derechos y las normas que deben cumplirse para obtener los servicios y los medicamentos recetados que cubrimos.

La *Guía para miembros* para 2025 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada de la *Guía para miembros* en nuestro sitio web en kp.org/eocncal. También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para pedir que le enviemos por correo postal una *Guía para miembros* para 2025.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en kp.org. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos que tienen cobertura)*.

H2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

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



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

H3. Programa Ombuds

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

- Trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué debe hacer.
- Se asegura de tener información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El número telefónico del programa Ombuds de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

H4. Medicare

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

Sitio web de Medicare

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

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

Medicare y Usted 2025

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada año, este folleto se envía por correo en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



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

H5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de atención médica administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene un queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-443-0815** y utilizar el proceso de queja formal frente al plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe ninguno de los posibles recursos o derechos legales de los que podría disponer. Usted puede llamar al Departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una **línea telefónica gratuita (1-888-466-2219)** y con una **línea TDD (1-877-688-9891)** para quienes presentan trastornos del habla y de la audición. En el sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov, encontrará formularios de quejas informales, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de la *Guía para miembros*.

H6. Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare lo ayuda a administrar sus costos en medicamentos puesto que los divide a lo largo del año, en forma de pagos mensuales. Este programa no reduce el costo total de sus gastos de bolsillo. El “Beneficio adicional” de Medicare, los beneficios del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State’s Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para quienes reúnen los requisitos para recibirlos, son más convenientes que participar solo en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, contáctenos al número de teléfono que aparece al pie de esta página o visite Medicare.gov.



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

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

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

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).

- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

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

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

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

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

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

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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

Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815** (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815** (TTY 711). These services are free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). هذه الخدمات مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY` 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY` 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。以上服務為免費提供。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो

1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu

1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。これらのサービスは、無料をご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Estos servicios no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Información sobre el plan

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

Directorios de Proveedores

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

Si desea que le enviemos por correo postal un **Directorio de Proveedores**, un **Directorio de Proveedores Dentales** o un **Directorio de Farmacias** (si corresponde), puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D

En nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, se mencionan los medicamentos de Medicare Parte D que cubrimos. La lista de medicamentos recetados disponibles puede cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario. Si tiene alguna duda sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en línea en kp.org/seniorrx (haga clic en “Español”). (Nota: la lista de medicamentos recetados disponibles de 2025 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2024, de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal una lista de medicamentos recetados disponibles, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de Cobertura (EOC)

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

Si desea que le enviemos por correo postal la **EOC**, puede llamar a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

