

Notificación Anual de Cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro del Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P4. El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. **Consulte la página 5 para ver un resumen de costos importantes, incluidas las primas.**

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

Qué debe hacer ahora

1. Pregunta ¿Cuáles cambios se aplican en su caso?

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

2. Compare: Infórmese sobre otras opciones de planes

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

3. Elija: Decida si quiere cambiar de plan o no

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.
- Para **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto pondrá fin a su inscripción en el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.
- Consulte la Sección 5, página 15, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, o vive en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin otro plan con cobertura para medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó de una institución hace poco, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

Recursos adicionales

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

Acerca del plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4

- Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa Medi-Cal (Medicaid). La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestros”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Health Plan). Cuando dice “plan“ o “nuestro plan”, significa plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.

Notificación Anual de Cambios para 2025**Índice**

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Vamos a cambiar el nombre de nuestro plan	8
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	8
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 2.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	8
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos por servicios médicos	10
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 4.1: Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.....	19
Sección 4.2: Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)	21
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	21
SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?	23
Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de nuestro plan	23
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23
Sección 8.3: Recibir ayuda de Medi-Cal (Medicaid).....	24

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y 2025 respecto de distintas áreas importantes del plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4. **Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima podría ser mayor que este monto. (Vea los detalles en la Sección 2.1).</p>	<p>\$34.70 si no califica para recibir “Beneficio Adicional”. Si califica para recibir “Beneficio Adicional”, usted paga \$0.</p>	<p>\$0</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>\$0</p> <p>Visitas a un especialista:</p> <p>\$0</p>	<p>Visitas de atención primaria:</p> <p>\$0</p> <p>Visitas a un especialista:</p> <p>\$0</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea los detalles en la Sección 2.5).</p>	<p>Deducible: \$545, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial (suministro para un máximo de 30 días) si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”: 25 %</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial (suministro para un máximo de 30 días) si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”:</p> <p>Nivel de medicamento 1: \$0</p> <p>Nivel de medicamento 2: \$0</p> <p>Nivel de medicamento 3: 23 %</p> <p>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 4: 25 %</p> <p>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 5: 25 %</p> <p>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de medicamento 6: \$0</p> <p>Cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea los detalles en la Sección 2.2).</p>	<p>\$3,400 Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350 Si reúne los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Vamos a cambiar 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 P4 a Kaiser Permanente Dual Complete North P4.

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

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B a menos que Medi-Cal (Medicaid) la haya pagado por usted).	\$34.70 si no califica para recibir “Beneficio Adicional”. Si califica para recibir “Beneficio Adicional”, usted paga \$0.	\$0

Sección 2.2: Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo \$3,400</p> <p>Como nuestros miembros también obtienen asistencia de Medi-Cal (Medicaid), muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos máximos de bolsillo.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir asistencia con los copagos de la Parte A y la Parte B por medio de Medi-Cal (Medicaid), no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p>\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Parte A y la Parte B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</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* si se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

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

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

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

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

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos por servicios médicos

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de Ambulancia	Usted paga \$30 por cada viaje. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 .	Usted paga \$325 por cada viaje. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 .
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 (Medicaid). Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal (Medicaid), llame a Smile California al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en smilecalifornia.org .

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Departamento de Emergencias	Usted paga \$0 .	Usted paga \$110 por visita. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 .

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga \$0 por el programa de acondicionamiento físico de 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).	<p>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.</p> <p>A partir del 1 de enero, puede visitar www.YourOnePass.com o llamar al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener un código de acceso que pueda brindarle a su gimnasio o centro de acondicionamiento físico. • Para obtener información sobre los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o configurar su cuenta en línea.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de observación	Usted paga \$0 .	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. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare por medio de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0 .
Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC) Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de OTC para entrega a domicilio sin costo.	Puede pedir artículos de OTC hasta alcanzar el límite de \$250 de beneficio trimestral.	Puede pedir artículos de OTC hasta alcanzar el límite de \$140 de beneficio trimestral.

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

La lista de medicamentos que cubrimos se llama Lista de medicamentos cubiertos o Lista de medicamentos. Puede consultar una copia de la Lista de medicamentos en kp.org/seniorrx.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambios en los costos y los beneficios de los medicamentos recetados

Si recibe “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que reúna los requisitos para una reducción o eliminación de los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Es posible que cierta información descrita en esta sección no aplique para usted. **Nota:** Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Beneficio Adicional”), **la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un anexo llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben “Beneficio Adicional” y pagan por sus medicamentos recetados* (conocida también como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS) en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe “Beneficio Adicional” y no ha recibido el anexo antes del 30 de septiembre de 2024, por favor llame a Servicio a los Miembros y solicite la Cláusula LIS.

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

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

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	El deducible es de \$545 , si no califica para recibir “Beneficio Adicional”.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Cambios en el costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial

Para los medicamentos de Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: Medicamentos genéricos y Nivel 6: vacunas inyectables de la Parte D, el costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial cambiará de coseguro a copago. Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda, y usted paga la suya.</p> <p>En 2024, pagaba el 25 % de coseguro por los medicamentos de Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: Medicamentos genéricos y Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D si no calificaba para recibir “Beneficio Adicional”. En 2025, pagará un copago de \$0 por los medicamentos de estos niveles.</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red.</p> <p>Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte nuestra “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto. El costo de surtir una receta para un mes y hacer el pedido por correo es del 25 % del costo total. <p>Cuando el costo total de sus medicamentos llegue a \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Intervalo en la Cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1 o genéricos preferidos: Usted paga \$0. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta para un mes y pedirla por correo es \$0. • Medicamentos de Nivel 2 o genéricos: Usted paga \$0. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta para un mes y pedirla por correo es \$0. • Medicamentos de Nivel 3 o medicamentos de marca preferidos: Usted paga el 23 % del costo total. Usted paga \$0 por suministro

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		<p>mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta para un mes y hacer el pedido por correo es del 23 % del costo total.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el 25 % del costo total. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. <p>Una vez que haya pagado \$2,000 en gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura para Catástrofes).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

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

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

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

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

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en el plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4

Para permanecer en el plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare,
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el buscador Medicare Plan Finder (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 6) o comuníquese con 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 montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan Kaiser Permanente Dual Complete North P4.
- Para **cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, puede:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- – *O* comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiarse de plan

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

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

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

Como usted tiene Medi-Cal (Medicaid), puede finalizar la membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya cancelado la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medi-Cal (Medicaid) en un solo plan.

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

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

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

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

Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento **sin costo** sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico al 1-800-434-0222 (los usuarios de la línea TTY deben marcar el 711).

Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico visitando el sitio web (www.aging.ca.gov/HICAP/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Medi-Cal (el programa de Medicaid en California) al 1-800-952-5253. Puede utilizar los servicios de telefonía automática de Medi-Cal para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Beneficio Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medi-Cal (Medicaid), ya está inscrito en el “Beneficio Adicional”, también llamado el Subsidio por Bajos Ingresos. “Beneficio Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Puesto que reúne los requisitos, no tendrá penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa “Beneficio Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
- Su oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid).
- **Asistencia con el Costo Compartido de los Medicamentos Recetados para las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) de California. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya inscrito, sobre cómo continuar recibiendo asistencia, llame a la central de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050 entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Cuando llame, asegúrese de decir el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar el gasto de medicamentos pagados de su bolsillo, y comienza en 2025. Esta nueva opción de pago funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos, ya que divide el importe en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos.

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

SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Por favor llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (Solo TTY, llame al 711). Recibimos llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números no tienen costo.

Lea la *Evidencia de Cobertura 2025* (contiene más información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para 2025. Para más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* de nuestro plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web kp.org/eocncal. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar el sitio web en kp.org. 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

Si desea obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea Medicare y Usted 2025

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede conseguirla en el sitio web de Medicare

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3: Recibir ayuda de Medi-Cal (Medicaid)

Para obtener información sobre Medi-Cal (Medicaid), puede llamar a Medi-Cal (el programa de Medicaid en California) al 1-800-952-5253. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-952-8349.



Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete

Método	Servicio a los Miembros - información de contacto
TELÉFONO	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para conocer las ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org

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>**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق اللغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Japanese: 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃບຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ເປີດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavgv qiex zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoóní bee hane' dóó jík'ah jóóní dooníwo'. Ndik'é yádi naaltsos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízikíníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áádawo'íí, 7 t'áádawo'íigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bík'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия ТTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия ТTY 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

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.