

El plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD (HMO-POS) es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Care Plus MD)

Notificación Anual de Cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.

En este documento se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, mantendrá el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que se encuentra en la parte trasera de su manual Medicare y Usted (Medicare & You) 2026.
- Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage). Obtenga una copia en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más Recursos

- Este material está disponible de manera gratuita en español.
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada no tiene costo.
- Este documento está disponible en braille, letra grande, archivo de audio o CD de datos. Si necesita alguno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.

Información sobre Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD

- Kaiser Permanente es un plan de HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud). Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD (Kaiser Permanente Medicare Advantage).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el próximo Año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima Mensual del Plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores	9
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y los Costos por Servicios Médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D	13
Sección 1.7 Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos Recetados.....	14
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	21
Sección 3.1 Fechas Límites para cambiar de plan.....	21
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	22
SECCIÓN 4 Obtención de Ayuda para Pagar los Medicamentos Recetados	22
SECCIÓN 5 ¿Tienes Alguna Pregunta?	24
Reciba ayuda de la Parte del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD	24
Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	24
Obtenga Ayuda de Medicare.....	25

Resumen de Costos Importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$27	\$28
Monto de gastos máximos de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$7,500	\$7,500
Consultas de atención primaria	\$10 por consulta	\$5 por consulta
Consultas con especialistas	\$45 por consulta	\$45 por consulta
Hospitalizaciones Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados,	Por cada hospitalización, \$375 al día por los días 1 a 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).	Por cada hospitalización, \$385 al día por los días 1 a 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en el que se le admite formalmente en el hospital por pedido de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.		
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles).	\$150 (niveles 3, 4 y 5), excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	\$150 (niveles 3, 4 y 5), excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para conocer los detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura para catástrofes).	Costo compartido preferido durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$5 Nivel de medicamentos 2: \$15 Nivel de medicamentos 3: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 4: \$100	Costo compartido preferido durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$12 Nivel de medicamentos 3: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 4: \$100

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: 31 % Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 6: \$0 Etapas de cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: 28 % Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 6: \$0 Etapas de cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$27	\$28
Prima adicional para los beneficios adicionales opcionales (Opción 1 de Advantage Plus) Si se ha inscrito en un paquete opcional de beneficios adicionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan mencionada anteriormente. (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$18	\$18
Prima adicional para los beneficios adicionales opcionales (Opción 2 de Advantage Plus) Si se ha inscrito en un paquete opcional de beneficios adicionales, pagará esta prima además de la prima mensual del plan mencionada anteriormente. (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$23	\$23

Factores que podrían cambiar el monto de la prima de la Parte D

- Penalización por inscripción tardía: la prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Sobrecargo por ingresos altos: si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Extra Help: la prima mensual del plan será *menor* si recibe Extra Help para los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre Extra Help de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de gastos de bolsillo para el año. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (y otros servicios para la salud que no cubre Medicare) para el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Monto de gastos máximos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Nuestra prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$7,500	\$7,500 Una vez que haya pagado \$7,500 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (así como por otros servicios para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores (Provider Directory)* 2026 (kp.org/directory [haga clic en “Español”]) para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, se explica cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web kp.org/directory (haga clic en “Español”).
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias* de 2026 (kp.org/directory [haga clic en “Español”]) para conocer las farmacias que están en nuestra red. A continuación, se explica cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web kp.org/directory (haga clic en “Español”).
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y los Costos por Servicios Médicos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	Usted paga \$45 por consulta.	Usted paga \$40 por consulta.
Servicios quiroprácticos	Usted paga \$10 por consulta.	Usted paga \$5 por consulta.
Departamento de Emergencias	Usted paga \$110 por consulta.	Usted paga \$115 por consulta.
Exámenes de los ojos	Usted paga \$0 por servicios de retinopatía diabética, \$10 por consultas con un optometrista o \$45 por consultas con un oftalmólogo.	Usted paga \$0 por servicios de retinopatía diabética, \$5 por consultas con un optometrista o \$45 por consultas con un oftalmólogo.
Cuidados agudos para pacientes hospitalizados	Usted paga \$375 al día por los días 1 al 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).	Usted paga \$385 al día por los días 1 al 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga \$335 al día por los días 1 al 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).	Usted paga \$345 al día por los días 1 al 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).
Programas intensivos para pacientes ambulatorios	Usted paga \$20 por consulta de terapia individual o \$10 por consulta de terapia grupal.	Usted paga \$5 por día.
Care Plus (beneficio adicional en el punto de servicio) Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .		

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
- Consultas de atención especializada, incluidos exámenes de audición cubiertos por Medicare, exámenes de podología cubiertos por Medicare, servicios de un oftalmólogo cubiertos por Medicare y evaluación y tratamiento de alergias - Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla - Consultas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	Usted paga \$50 por consulta.	Usted paga \$65 por consulta.
Medicamentos de Medicare Parte B: medicamentos genéricos Hasta un suministro de 30 días en una farmacia de la red.	Usted paga \$15 por medicamento recetado.	Usted paga \$12 por medicamento recetado.
Medicamentos de Medicare Parte B: insulina genérica Hasta un suministro de 30 días en una farmacia de la red.	Usted paga \$15 por medicamento recetado.	Usted paga \$12 por medicamento recetado.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografías computarizadas (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)	Usted paga \$200 por procedimiento.	Usted paga \$350 por procedimiento.
Servicios de observación	Usted paga \$0 cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o \$325 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.	Usted paga \$0 cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o \$375 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 o \$325 por cada consulta, según el servicio.	Usted paga \$0 o \$375 por cada consulta, según el servicio.
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$325 por consulta.	Usted paga \$375 por consulta.
Consultas con otros proveedores	Usted paga \$10 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada.	Usted paga \$5 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada.
Artículos de venta libre (OTC)	Cubrimos los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Usted puede ordenar artículos OTC hasta el límite de beneficios trimestral de \$100.	Recibirá una tarjeta precargada de extras saludables con un límite de beneficio trimestral de \$65 para comprar artículos de OTC elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre, el primer día de cada mes. La parte que no se utilice del límite de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		beneficio trimestral no se transfiere al siguiente trimestre.
Hospitalización parcial	Usted paga \$10 por día.	Usted paga \$5 por día.
Consultas de atención primaria	Usted paga \$10 por consulta.	Usted paga \$5 por consulta.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por periodo de beneficios, usted paga \$0 al día por los días 1 al 20 y \$203 al día por los días 21 al 100.	Por periodo de beneficios, usted paga \$0 al día por los días 1 al 20 y \$218 al día por los días 21 al 100.
Consultas de Atención de Urgencia	Usted paga \$45 por vista.	Usted paga \$40 por consulta.

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos 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 nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico en kp.org/seniorrx (haga clic en “Español”).

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, lo que puede incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a diferentes niveles de costo compartido. **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 calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos cada mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. 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 el profesional que le expide recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos Recetados

¿Recibe Extra Help para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Extra Help), la **información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted**. Le enviamos un documento aparte, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados* (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Extra Help y no recibe este documento antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula del subsidio por bajos ingresos* (Low-Income Subsidy, LIS) (LIS Rider).

Etapas de Pago de Medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos:** la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura para catástrofes. La etapa del intervalo en la cobertura y el Coverage Gap Discount Program ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapas 1: Deducible Anual**

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3 (de marca preferidos), del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (especializados) hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapas 2: Cobertura Inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga la suya. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los gastos de bolsillo anuales hasta la fecha alcancen \$2,100.

• ***Etapas 3: Cobertura para Catástrofes***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Coverage Gap Discount Program se reemplazó por el Manufacturer Discount Program. En el Manufacturer Discount Program, 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 de cobertura inicial y en la etapa de cobertura para catástrofes. Los descuentos pagados por los fabricantes de acuerdo con el Manufacturer Discount Program no cuentan para los gastos de bolsillo.

Costo de los Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

En la tabla se muestra su costo por receta médica durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	\$150 Durante esta etapa usted paga \$5 por medicamentos de Nivel 1 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido preferido. \$10 por medicamentos de Nivel 1 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido estándar. \$15 por medicamentos (genéricos) de Nivel 2 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido preferencial. \$20 por medicamentos (genéricos) de Nivel 2 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido estándar.	\$150 Durante esta etapa usted paga \$0 por medicamentos de Nivel 1 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido preferido. \$10 por medicamentos de Nivel 1 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido estándar. \$12 por medicamentos (genéricos) de Nivel 2 surtidos en una farmacia de la red con costo compartido preferencial. \$20 por medicamentos (genéricos) de Nivel 2 surtidos en una farmacia

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	\$0 por medicamentos de Nivel 6 (vacunas inyectables de la Parte D). Usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.	de la red con costo compartido estándar. \$0 por medicamentos de Nivel 6 (vacunas inyectables de la Parte D). Usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.

Costo de los Medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra su costo por medicamento recetado por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar y preferido.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, información sobre un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o de medicamentos recetados por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 en gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura para catástrofes).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	Costo compartido estándar: usted paga \$10 por medicamento recetado. Costo compartido preferido: usted paga \$5 por medicamento recetado. Usted paga \$5 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$5.	Costo compartido estándar: usted paga \$10 por medicamento recetado. Costo compartido preferido: usted paga \$0 por medicamento recetado. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$0.
Nivel 2. Medicamentos genéricos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	Costo compartido estándar: usted paga \$20 por medicamento recetado. Costo compartido preferido: usted paga \$15 por medicamento recetado. Usted paga \$15 por un 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 \$15.	Costo compartido estándar: usted paga \$20 por medicamento recetado. Costo compartido preferido: usted paga \$12 por medicamento recetado. Usted paga \$12 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta médica para un mes y pedirla por correo es \$12.
Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos:	Usted paga \$47 por medicamento recetado.	Usted paga \$47 por medicamento recetado.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.		
Nivel 4. Medicamentos no preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	Usted paga \$100 por medicamento recetado.	Usted paga \$100 por medicamento recetado.
Nivel 5. Medicamentos especializados: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	Usted paga el 31 % del costo total. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del 31 % del costo total.	Usted paga el 28 % del costo total. El costo de un medicamento recetado de pedido por correo para un mes es del 28 % del costo total.
Nivel 6. Vacunas inyectables de la Parte D:	Usted paga \$0 por medicamento recetado.	Usted paga \$0 por medicamento recetado.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.		

Cambios en la Etapa de Cobertura para Catástrofes

Para obtener información específica sobre los costos en la etapa de cobertura para catástrofes, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 en la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Excepción de la Lista de medicamentos cubiertos para medicamentos de marca Un tipo de decisión sobre la cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (una excepción a la Lista de medicamentos cubiertos). Si aceptamos cubrir un medicamento de la Parte D que no se incluye en nuestra Lista de	Si aceptamos cubrir un medicamento de marca que no se incluye en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a medicamentos del Nivel 4 para medicamentos no preferidos.	Si solicita y aceptamos cubrir un medicamento de marca de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos de Nivel 5 de especialidad.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se indica a la derecha. Para obtener más información sobre cómo presentar una excepción de la Lista de medicamentos cubiertos, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.		
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar de Planes

No necesita hacer nada para permanecer en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD. A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.

Si desea cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.
- **Para cambiar al plan Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD.
- **Para cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que le cancelen su membresía. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted* 2026, llame a su Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden tener coberturas, primas mensuales de planes y montos de costos compartidos diferentes.

Sección 3.1 Fechas Límites para Cambiar de Plan

Las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de

medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinados casos, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos se incluyen personas que:

- Tienen Medicaid.
- Reciben Extra Help para pagar sus medicamentos.
- Tienen o están dejando la cobertura del empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

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 su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó de una institución hace poco, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se haya mudado.

SECCIÓN 4 Obtención de Ayuda para Pagar los Medicamentos Recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Extra Help de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener Extra Help para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos del plan, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una penalidad por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda de parte del programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** Maryland tiene un programa llamado Maryland Senior Drug Assistance Program que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su programa estatal State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados para las personas con VIH o SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (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 elegible para el ADAP que opera en su estado, usted debe 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 de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del ADAP de Maryland. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, o para continuar recibiendo ayuda si está inscrito actualmente, comuníquese con el ADAP de Maryland al 1-410-767-6535. Cuando llame, asegúrese de decir el nombre de su plan de Medicare Parte D o el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (tal como un Medicare Advantage Plan con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni reduce el costo de los medicamentos.**

Extra Help de Medicare y la asistencia del SPAP y 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 la opción de pago del Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene Alguna Pregunta?

Obtenga ayuda de parte de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD

- **Llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***

Esta *Notificación Anual de Cambios* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026* para el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web kp.org/eocmasma (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite kp.org/espanol**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias) y nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos Cubiertos/Lista de Medicamentos).

Obtenga Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Maryland, el SHIP se llama Departamento de la Tercera Edad de Maryland.

Llame al Departamento de la Tercera Edad de Maryland para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Llame al Departamento de la Tercera Edad de Maryland al 1-410-767-1100 o a la línea telefónica gratuita 1-800-243-3425 (TTY 711). Puede obtener más información sobre el Departamento de la Tercera Edad de Maryland en su sitio web (www.aging.maryland.gov/Pages/default.aspx).

Obtenga Ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo en www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare 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.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
Por teléfono	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Por correo	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web	kp.org/espanol