

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

Notificación Anual de Cambio para 2026

Usted está inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High 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 High 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 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*. Obtenga una copia en kp.org 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

- 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 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille, letra grande, audio o en CD de datos; si necesita uno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.

Acerca del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD

- Kaiser Permanente es un plan HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción a 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 High MD (Kaiser Permanente Medicare Advantage).

- Si no toma ninguna medida antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD. A partir del 1 de enero de 2026, tendrá su cobertura médica y de medicamentos mediante el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar el plan y conocer los plazos para hacer 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 la cantidad máxima de gastos de bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
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	14
Sección 1.7 Cambios en los costos y los beneficios de los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	20
Sección 3.1 Fechas límites para cambiar de plan.....	20
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	21
SECCIÓN 4 Obtención de ayuda para pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?.....	23
Obtenga ayuda del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD	23
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	23
Obtenga ayuda de Medicare.....	24

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.	\$104	\$104
Monto máximo de gastos 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).	\$5,700	\$5,700
Visitas al consultorio de atención primaria	\$10 por consulta.	\$5 por consulta.
Visitas al consultorio de especialistas	\$35 por consulta.	\$30 por consulta.
Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes	Por cada admisión hospitalaria, \$270 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).	Por cada admisión hospitalaria, \$300 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
hospitalizados, 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 lo 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).	\$0	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 1.7 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$12 Nivel de medicamento 3: \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamento 4: \$100	Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$12 Nivel de medicamento 3: \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamento 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 medicamento 5: 33% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamento 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 medicamento 5: 29% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamento 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 (También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$104	\$104
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. (También debe seguir pagando la 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. (También debe seguir pagando la 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 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.
- Beneficio Adicional: La prima mensual de su plan será *menor* si recibe el Beneficio Adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre el Beneficio Adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de gastos de bolsillo para el año. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y 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 máximo de gastos 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.	\$5,700	\$5,700 Una vez que haya pagado \$5,700 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y 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* 2026 (kp.org/directory) 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.

- 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 lo 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, las recetas médicas se cubren *solo* 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 2026* (kp.org/directory) para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, se explica cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web kp.org/directory.
- 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 lo 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 quiroprácticos	Usted paga \$10 por consulta.	Usted paga \$5 por consulta.
Servicios dentales: cubiertos por Medicare	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Servicios dentales: previos al trasplante Servicios dentales necesarios para garantizar que la cavidad bucal esté libre de infecciones antes de ser incluido en la lista de espera de trasplantes de células madre alogénicas/médula ósea, corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas y trasplantes de órganos múltiples.	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Departamento de Emergencias	Usted paga \$125 por consulta.	Usted paga \$130 por consulta.
Exámenes de los ojos	Usted paga \$0 por servicios de retinopatía diabética, \$10 por consultas con un optometrista o \$35 por consultas con un oftalmólogo.	Usted paga \$0 por servicios de retinopatía diabética, \$5 por consultas con un optometrista o \$30 por consultas con un oftalmólogo.
Exámenes de Audición	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados	Usted paga \$270 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).	Usted paga \$300 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga \$270 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).	Usted paga \$300 por día durante los primeros 6 días (\$0 durante el resto de la hospitalización).
Programas intensivos para pacientes ambulatorios	Usted paga \$10 por visita de terapia individual y \$5 por visita de terapia grupal.	Usted paga \$5 por día.
Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio adicional en el punto de servicio) Para obtener más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .		
- Consultas de atención especializada, incluidos exámenes de audición cubiertos por Medicare, exámenes de podología cubiertos por Medicare, servicios de oftalmología 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.
Radiografías, ecografías, mamografías de diagnóstico y otras imágenes básicas	Usted paga \$25 por servicio.	Usted paga \$50 por servicio.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
MRI, TC y TEP	Usted paga \$100 por procedimiento.	Usted paga \$200 por procedimiento.
Servicios de Terapia Ocupacional	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Visitas al consultorio de otros proveedores	Usted paga \$10 por consulta de atención médica primaria o \$35 por consulta de atención especializada.	Usted paga \$5 por consulta de atención médica primaria o \$30 por consulta de atención especializada.
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$125 por procedimiento.	Usted paga \$225 por procedimiento.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 o \$125 por cada consulta, según el servicio.	Usted paga \$0 o \$225 por cada consulta, según el servicio.
Servicios de observación	Usted paga \$0 cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o \$125 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 \$225 por hospitalización, cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
De venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de OTC hasta alcanzar el límite de \$65 de beneficio trimestral.	Recibirá una tarjeta de extras saludables precargada con un límite de beneficio trimestral de \$25 para comprar artículos 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. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no se transfiere al siguiente trimestre.
Hospitalización parcial	Usted paga \$10 por consulta.	Usted paga \$5 por consulta.
Servicios de fisioterapia y patología del habla	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Servicios de podología	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Visitas al consultorio de atención primaria	Usted paga \$10 por consulta.	Usted paga \$5 por consulta.
Radioterapia	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Por período de beneficios, usted paga \$0 durante los primeros 20 días y \$160 diarios en los días 21 a 100.	Por período de beneficios, usted paga \$0 durante los primeros 20 días y \$218 diarios en los días 21 a 100.
Visitas al consultorio de especialistas	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 por consulta.
Visitas al consultorio de Atención de Urgencia	Usted paga \$35 por consulta.	Usted paga \$30 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 recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra 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 otro nivel 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 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 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 Beneficio Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (Beneficio Adicional), **la información de los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un documento separado llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional y pagan por sus medicamentos recetados*, en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe Beneficio Adicional 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 LIS*.

Etapas de Pago de Medicamentos

Hay 3 etapas de pagos 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 existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

No tenemos deducibles, por lo que esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

- ***Etapa 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 sus costos anuales de su bolsillo hasta la fecha alcancen \$2,100.

- ***Etapa 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 Programa de descuentos en el Período de Intervalo en la Cobertura se ha 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 durante la Etapa de Cobertura Inicial 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.

Costos de 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	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura Inicial

En la tabla, se 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 para los 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 receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$0 por receta médica.	Costo compartido estándar: usted paga \$10 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$0 por receta médica.
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 receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$12 por receta médica.	Costo compartido estándar: usted paga \$20 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$12 por receta médica.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 3, Medicamentos de marca 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 \$47 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$42 por receta médica.	Costo compartido estándar: usted paga \$47 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga \$42 por receta médica.
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 receta médica.	Usted paga \$100 por receta médica.
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 33 % del costo total. El costo de surtir una receta para un mes y hacer el pedido por correo es del 33 % del costo total.	Usted paga el 29 % del costo total. El costo de surtir una receta para un mes y hacer el pedido por correo es del 29 % del costo total.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Nivel 6, Vacunas inyectables de la Parte D: 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 \$0 por receta médica.	Usted paga \$0 por receta médica.

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 recetados disponibles 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 recetados disponibles (una excepción a la	Si aceptamos cubrir un medicamento de marca de la Parte D 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)
lista de medicamentos recetados disponibles). Si aceptamos cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se especifica a la derecha. Para obtener más información sobre cómo presentar una excepción a la Lista de medicamentos recetados disponibles, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i>.		
Plan de pagos 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 costos 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

Para permanecer en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD, no necesita **hacer nada**. A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD.

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD.
- **Para cambiar al plan Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High 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 hacerlo. 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 Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (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 separada de Medicare) 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 Beneficio Adicional 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 separada de medicamentos 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 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:

- **Beneficio Adicional de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener el Beneficio Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos 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 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid.

- **Ayuda de su programa Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (state's pharmaceutical assistance program, SPAP).** Maryland tiene un programa llamado Programa de Asistencia en Medicamentos para la Tercera Edad de Maryland que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (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 Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (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 elegibles 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.
- **Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pagos para medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual con el fin de ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos cubiertos por nuestro plan dividiendo los gastos a lo largo del año calendario (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 el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ayudar a ahorrar dinero ni reduce el costo de los medicamentos.**

El Beneficio Adicional 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 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 del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD

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

Atendemos las llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2026

Esta *Notificación Anual de Cambios* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que tendrá su plan para 2026. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2026 del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados.

Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web kp.org/eocmasma 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

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 recetados disponibles/Lista de Medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia para seguro médico (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. 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 1-800-243-3425 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Puede obtener más información sobre el Departamento de la Tercera Edad de Maryland visitando 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 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 al apartado postal 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, derechos y 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 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
Llamadas	1-888-777-5536 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, cuyo número es 1-888-777-5536 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 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	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org