

**Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) ofrecido por  
Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región Sur de California**

## ***Notificación Anual de Cambios para 2026***

### **Introducción**

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos. Esta *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Guía para miembros*, que está en nuestro sitio web en [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal). Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para miembros*.

### **Recursos adicionales**

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

---

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



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

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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

## ARABIC

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

## ARMENIAN

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

## CHINESE

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



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

## PUNJABI

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

## HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त दी जाती हैं।

## HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.



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

## JAPANESE

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

## KOREAN

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

## LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.



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

## MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnavgv meih qiex zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

## CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នកស្នមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

## FARSI

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

## RUSSIAN

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

---

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

## SPANISH

**ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

## TAGALOG

**PAUNAWA:** Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

## THAI

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

## UKRAINIAN

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



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

## VIETNAMESE

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



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

## Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	9
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal del próximo año .....	9
B1. Información sobre el plan .....	10
B2. Pasos importantes que se deben seguir .....	11
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red .....	12
D. Cambios en los beneficios y costos del próximo año.....	13
D1. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	13
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos .....	15
D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial” .....	17
D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes” .....	20
E. Cambios administrativos .....	20
F. Elegir un plan .....	20
F1. Permanecer en nuestro plan .....	20
F2. Cambiar de plan.....	21
G. Cómo conseguir ayuda .....	26
G1. Nuestro plan .....	26
G2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	26
G3. Programa del Defensor del Pueblo (Ombudsman Program).....	27
G4. Medicare.....	27
G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	28
G6. Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare .....	28



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

## A. Exenciones de responsabilidad

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

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

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

**Nuevos miembros de Kaiser Permanente Dual Complete:** En la mayoría de los casos, se inscribirá en el plan Kaiser Permanente Dual Complete para los beneficios de Medicare desde el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Kaiser Permanente Dual Complete. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Luego de ello, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Kaiser Permanente Dual Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-443-0815 (TTY 711).

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

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

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Sus opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección F2**.



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

## **B1. Información sobre el plan**

- El Plan Dual Complete South P1 de Kaiser Permanente es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestros” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan de Medicare y Medi-Cal.



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

## B2. Pasos importantes que se deben seguir

- **Consulte si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, tal como el requerimiento de autorización previa?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año.
    - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias seguirán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.



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

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

#### **Si decide quedarse con el Plan Doble Completo Sur P1 de Kaiser Permanente:**

Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es sencillo: no necesita hacer nada. Si no realiza un cambio, automáticamente permanecerá inscrito en el Plan Doble Completo Sur P1 de Kaiser Permanente.

#### **Si decide cambiar de plan deberá hacer lo siguiente:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

## **C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red**

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

Nuestros proveedores y farmacias de la red han cambiado para 2026.

**Consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*** de 2026 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que sepa que también es posible que hagamos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para miembros* o llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener ayuda.



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

## D. Cambios en los beneficios y costos del próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Servicios de Ambulancia</b>	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$50</b> por viaje de ida.	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$400</b> por viaje de ida.
<b>Calzado y plantillas terapéuticas para personas con diabetes</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, usted paga un coseguro del <b>20%</b> .
<b>Departamento de Emergencias</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$115</b> por visita.
<b>Atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$475</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> por el resto de su estadía) por admisión hospitalaria.
<b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$405</b> por día durante los días 1 a 5 ( <b>\$0</b> por el resto de su estadía) por admisión hospitalaria.
<b>Suministros médicos</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>0%</b> o <b>20%</b> de coseguro, según el artículo.



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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>MRI, TC y TEP</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$500</b> por procedimiento.
<b>Servicios de observación</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, paga <b>\$0</b> cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o <b>\$115</b> por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$0</b> o <b>\$475</b> por visita, según el servicio.
<b>Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio</b>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> . Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$475</b> por procedimiento.
<b>Artículos de venta sin receta (OTC)</b>	Cubrimos los artículos que figuran en el <b>catálogo OTC</b> para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre hasta alcanzar el límite de <b>\$200</b> de beneficio trimestral.	Recibirá una <b>tarjeta precargada de extras saludables</b> con un límite de beneficio trimestral de <b>\$100</b> para comprar artículos de OTC elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. La parte no utilizada del límite de beneficio trimestral no se transfiere al trimestre siguiente.



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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Aparatos protésicos</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0. Si pierde su cobertura de Medi-Cal, usted paga un coseguro del <b>20%</b> .
<b>Tratamiento residencial de trastornos por abuso de sustancias y salud mental</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0. Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$100</b> por admisión hospitalaria.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Usted paga \$0.	Usted paga \$0. Si pierde su cobertura de Medi-Cal, pagará <b>\$0</b> por los días <b>1 a 20</b> , <b>\$214</b> por día por los días <b>21 a 100</b> por período de beneficios.

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

### Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían eliminar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o 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 saber si habrá alguna restricción o si el 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, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado y que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos al menos una vez por mes nuestra *Lista de medicamentos* en línea, de manera de mostrar la versión más actualizada de dicha lista. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre ese cambio.



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

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

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

### Cambios en los costos de los medicamentos

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

<b>Etapas</b> <b>Etapas de Cobertura Inicial</b>	<b>Etapas</b> <b>Etapas de Cobertura para Catástrofes</b>
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.  Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.  Esta etapa comienza después de pagar una determinada cantidad de gastos de bolsillo.



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

La etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los gastos de bolsillo para medicamentos alcanzan los **\$2,100**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

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 Inicial de Cobertura 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.

### **D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”**

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

**Movimos algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para verificar si sus medicamentos están en un nivel distinto, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros seis niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solamente** mientras esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.

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



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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p><b>Medicamentos de los niveles 1 y 2</b> (incluye medicamentos genéricos)</p> <p>Costo de suministro de un mes de un medicamento de los niveles 1 y 2 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago por suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$4.90 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de <b>\$0 a \$4.90 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por receta médica para un mes (30 días) y pedirla por correo es de <b>\$0 a \$4.90 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p>	<p>Su copago por suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$5.10 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de <b>\$0 a \$5.10 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por receta médica para un mes (30 días) y pedirla por correo es de <b>\$0 a \$5.10 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p>



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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p><b>Medicamentos de los niveles 3 a 5</b> (incluye medicamentos de marca y de especialidad)</p> <p>Costo de suministro de un mes de un medicamento de niveles 3 a 5 que se obtiene en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago por suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$12.15 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de <b>\$0 a \$12.15 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por receta médica para un mes (30 días) y pedirla por correo es de <b>\$0 a \$12.15 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p>	<p>Su copago por suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0 a \$12.65 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de <b>\$0 a \$12.65 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p> <p>Su copago por receta médica para un mes (30 días) y pedirla por correo es de <b>\$0 a \$12.65 por receta médica</b>, según su nivel de “Beneficio Adicional”.</p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 6</b></p> <p>(incluye vacunas inyectables de la Parte D)</p>	Usted paga <b>\$0</b> .	Usted paga <b>\$0</b> .

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza **\$2,100**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos.



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

## D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes”

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de **\$2,100** por medicamentos, comienza a funcionar la Etapa de Cobertura para Catástrofes y no deberá pagar nada por los medicamentos que estén cubiertos. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario.

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

---

## E. Cambios administrativos

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare</b>	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).	Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para permanecer en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.

---

## F. Elegir un plan

### F1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan durante 2026.



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

## F2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año.

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

- El **período de inscripción abierta**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.
- Como usted tiene Medi-Cal, puede finalizar la membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

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

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

### Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para, en cualquier mes del año, obtener los servicios de Medicare enumerados a continuación. Tiene otra opción que se menciona a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta a Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.



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

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



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

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



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

**3. Puede cambiar a los siguientes planes:**

**Original Medicare sin un plan individual de medicamentos de Medicare**

**NOTA:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan individual de medicamentos de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, tal como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

**Esto es lo que tiene que hacer:**

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.



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

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

### Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener sus servicios tras abandonar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.



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

## G. Cómo conseguir ayuda

### G1. Nuestro plan

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

#### **Lea la *Guía para miembros***

La *Guía para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre beneficios y costos para 2026. Explica sus derechos y las normas que deben cumplirse para obtener los servicios y los medicamentos que cubrimos.

La *Guía para miembros* para 2026 estará disponible el 15 de octubre. Puede encontrar una copia actualizada de la *Guía para miembros* en nuestro sitio web en [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para pedir que le enviemos por correo postal una *Guía para miembros* para 2026.

#### **Nuestro sitio web**

Puede visitar nuestro sitio web en [kp.org](http://kp.org). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*.

### G2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

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



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

### **G3. Programa del Defensor del Pueblo (Ombudsman Program)**

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

- Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja informal y pueden ayudarlo a entender qué debe hacer.
- Se asegura de tener información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El número telefónico del Programa de Defensoría General de los Derechos del Pacientes de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

### **G4. Medicare**

Si desea obtener información directamente de Medicare,

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- chatee en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone);
- escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044.

#### **Sitio web de Medicare**

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

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

#### **Medicare y Usted 2026**

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2026*. Cada año, este folleto se envía por correo en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.



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

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **G5. Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-443-0815** y utilizar el proceso de queja formal frente al plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe ninguno de los posibles recursos o derechos legales de los que podría disponer. Usted puede llamar al Departamento si necesita ayuda con una queja formal de Medi-Cal relacionada con una emergencia, una queja formal de Medi-Cal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal de Medi-Cal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para que se realice una revisión médica independiente (“IMR”) por los beneficios de Medi-Cal. De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y con una línea TDD (**1-877-688-9891**) para quienes presentan trastornos del habla y de la audición. El sitio web del departamento en Internet [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov).

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de la *Guía para miembros*.

## **G6. Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare**

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce sus costos en medicamentos.

El “Beneficio adicional” de Medicare, los beneficios del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State’s Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para quienes reúnen los requisitos para recibirlos, son más convenientes que participar solo en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que aparece al pie de esta página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).



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

## Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos 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 nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento 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 nosotros 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:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

- **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 centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://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:

Office of Civil Rights  
 Department of Health Care Services  
 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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted 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/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

# Información sobre el Plan

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

---

## Directorios de Proveedores

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia de la red, visite [kp.org/directory](https://kp.org/directory) (haga clic en “Español”) para buscar en nuestro directorio en línea (Nota: Los directorios de 2026 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2025 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 Cubiertos de Medicare Parte D

En nuestra lista de medicamentos cubiertos se mencionan los medicamentos de Medicare Parte D que cubrimos. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario. Si tiene preguntas sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos en línea, en [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”). (Nota: La lista de medicamentos cubiertos de 2026 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2025 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal una lista de medicamentos cubiertos, 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 que cubre su plan. En ella se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene preguntas sobre su cobertura, visite [kp.org/eocncal](https://kp.org/eocncal) (haga clic en “Español”) o [kp.org/eocscal](https://kp.org/eocscal) (haga clic en “Español”) para consultar la **EOC** en línea (Nota: La **EOC** de 2026 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2025 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Si desea que le enviemos por correo postal una **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.