

Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Ángeles y Orange (HMO) que ofrece Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Sur de California (Plan Value de los condados de Los Ángeles y Orange)

Notificación Anual de Cambio para 2026

Usted está inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Ángeles y Orange.

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, permanecerá en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Ángeles y Orange.
- 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 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de manera gratuita en español.
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (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.

Información sobre el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Ángeles y Orange

- Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestros”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del sur de California (Health Plan). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Ángeles y Orange (Senior Advantage).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Angeles y Orange.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Value de los condados de Los Angeles y Orange. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice de materias

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 su 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.....	9
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	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	20
Sección 3.1 Fechas límites para cambiar de plan.....	21
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	21
SECCIÓN 4 Obtención de ayuda para pagar los medicamentos recetados	22
SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?.....	24
Obtenga ayuda del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles y Orange Counties Value.....	24
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	24
Obtenga ayuda de Medicare.....	25

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
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).	\$1,999	\$1,999
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0	\$0
Visitas al consultorio de especialistas	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Hospitalizaciones de pacientes hospitalizados Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes 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.	Por cada admisión hospitalaria, \$100 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Por cada admisión hospitalaria, \$150 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).
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 durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$7 Nivel de medicamento 3: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Costo compartido durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 Nivel de medicamento 2: \$0 Nivel de medicamento 3: \$40 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Nivel de medicamento 4: \$100 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.	Nivel de medicamento 4: \$100 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.

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).	\$0	\$0
Prima adicional para los beneficios adicionales opcionales (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).	\$17	\$17

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

- **Penalización por inscripción tardía:** La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- **Sobrecargo por ingresos altos:** Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en su 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 calendario.

	2025 (este año)	2026 (para el próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$1,999	\$1,999
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.		Una vez que haya pagado \$1,999 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las partes A y B (así como por otros servicios de 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 nuestro Directorio de Proveedores de 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 el sitio web de nuestro plan en kp.org/directory.
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (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 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, *solo* si se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Farmacias de 2026* (kp.org/directory) para ver qué farmacias están en nuestra red. Aquí le mostramos cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- Visite el sitio web de nuestro plan en kp.org/directory.
- Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (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 1-800-443-0815 (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 dentales preventivos e integrales		
A través de nuestro acuerdo con Delta Dental of California ("Delta Dental") y su plan DeltaCare® USA Medicare		

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Preventivos		
Otros servicios de diagnóstico	Usted paga \$0 por pruebas de vitalidad pulpar, evaluación del flujo salival y evaluaciones de riesgo de caries una vez cada dos años calendario.	No está cubierto
Otros servicios preventivos	Usted paga \$0 por asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales e instrucciones de higiene bucal una vez por año calendario.	No está cubierto
Atención integral		
Periodoncia: Desbridamiento de la boca completa	Usted paga \$71 por un desbridamiento de toda la boca cada dos años calendario.	No está cubierto
Empastes	Usted paga entre \$36 y \$124, según el procedimiento.	No está cubierto
Extracciones	Usted paga entre \$53 y \$229, según el procedimiento.	No está cubierto
Servicios complementarios	Usted paga \$58 por el tratamiento paliativo del dolor dental, una vez al día.	Usted paga \$0 por el tratamiento paliativo del dolor dental, una vez al día.
Departamento de Emergencias	Usted paga \$140 por visita.	Usted paga \$150 por visita.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados	Por cada admisión hospitalaria, usted paga \$100 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Por cada admisión hospitalaria, usted paga \$150 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Por cada admisión hospitalaria, usted paga \$100 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Por cada admisión hospitalaria, usted paga \$150 por día durante los primeros 5 días (\$0 durante el resto de su hospitalización).
MRI, TC y TEP	Usted paga \$175 por procedimiento.	Usted paga \$250 por procedimiento.
Servicios de observación	Usted paga \$0 cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria, o \$140 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 \$150 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.
Servicios de Terapia Ocupacional	Usted paga \$0.	Usted paga \$7 por visita grupal o \$15 por visita individual.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0.	Usted paga \$0 o \$150 por cada visita, según el servicio.
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$0.	Usted paga \$150 por procedimiento.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
De venta libre (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 \$120 de beneficio trimestral.	Recibirá una tarjeta de extras saludables precargada con un límite de beneficio trimestral de \$75 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.
Servicios de fisioterapia y patología del habla	Usted paga \$0.	Usted paga \$7 por visita grupal o \$15 por visita individual. Usted paga \$15 por día por fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación multidisciplinaria de tratamiento diurno.

Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)

Estos cambios solo corresponden a los miembros que se han inscrito en beneficios adicionales opcionales, llamados Advantage Plus, por una prima mensual adicional.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Beneficios dentales (algunos servicios dentales pueden haber cambiado. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información más detallada).		
○ Examen bucal	Usted paga \$0 por dos evaluaciones bucales cada año calendario.	No está cubierto
○ Radiografías	Usted paga entre \$0 y \$155, según el servicio.	Usted paga entre \$0 y \$105, según el servicio.
○ Otros servicios de profilaxis dental	Usted paga entre \$0 y \$78, según el servicio.	Usted paga \$0.
○ Servicios de restauración	Usted paga entre \$7 y \$317, según el servicio.	Usted paga entre \$18 y \$464, según el servicio.
○ Servicios de endodoncia	Usted paga entre \$25 y \$398, según el servicio.	Usted paga entre \$25 y \$625, según el servicio.
○ Periodoncia	Usted paga entre \$0 y \$412, según el servicio.	Usted paga entre \$15 y \$643, según el servicio.
○ Profilaxis	Usted paga \$0.	No está cubierto
○ Prostodoncia, extraíble	Usted paga entre \$23 y \$458, según el servicio.	Usted paga entre \$25 y \$738, según el servicio.
○ Servicios de implantes	Usted paga entre \$0 y \$1,153, según el servicio.	Usted paga entre \$41 y \$2,000, según el servicio.
○ Prostodoncia, fija	Usted paga entre \$32 y \$317, según el servicio.	Usted paga entre \$44 y \$528, según el servicio.
○ Cirugía oral y maxilofacial	Usted paga entre \$0 y \$1,070, según el servicio.	Usted paga entre \$53 y \$490, según el servicio.
○ Servicios generales complementarios	Usted paga entre \$0 y \$88, según el servicio.	Usted paga entre \$0 y \$151, según el servicio.

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. Se proporciona 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 1-800-443-0815 (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 documentos antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (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.

- ***Etapas 1: Deducible Anual***

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

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

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

- ***Etapas 3: Cobertura para Catástrofes***

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

El 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

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 o información sobre los costos de un suministro a largo plazo 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.	Usted paga \$0 por receta médica.	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.	Usted paga \$7 por receta médica. Usted paga \$7 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta médica para un mes y pedirla por correo es \$7.	Usted paga \$0 por receta médica. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de surtir una receta médica para un mes y pedirla por correo es \$0.
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.	Usted paga \$47 por receta médica. El costo de surtir una receta médica para un mes y pedirla por correo es \$47.	Usted paga \$40 por receta médica. El costo de surtir una receta médica para un mes y pedirla por correo es \$40.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
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.	Usted paga el 33 % del costo total.
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 (para 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 lista de medicamentos recetados disponibles). Si aceptamos cubrir un medicamento de la Parte D que no se incluye en nuestra Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido especificado 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>.	Si solicita y aceptamos cubrir un medicamento de marca de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, 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 (para el próximo año)
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 1-800-443-0815 (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 Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Value, 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 Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Value.

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 inscripción en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Value.
- **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 inscripción en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Value.

- **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 1-800-443-0815 (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 de 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 inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección, 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 aparte de medicamentos 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 aparte 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:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Es posible que las personas con bajos ingresos reúnan los requisitos para obtener Ayuda 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 TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid.

- **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 ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) de California. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si ya inscrito, sobre cómo continuar recibiendo ayuda, llame a la central de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050 entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Cuando llame, asegúrese de decir el nombre de su plan de 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 ayudarle 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 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 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene alguna pregunta?

Obtenga ayuda del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles y Orange Counties Value

- Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (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 Cambio* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos que hará su plan para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles y Orange Counties Value de 2026. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada 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/eocscal o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (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 California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Obtenga más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico visitando www.aging.ca.gov/HICAP/.

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.

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week

Arabic: تنبيه. المساعدة اللغوية متوفرة بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا للحصول على المساعدة. لا تعمل خدمات الأعضاء في العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

Armenian: ՌԻՇՍԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP` 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal` 1-855-839-7613 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը` 1-800-464-4000 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Chinese: 请注意，我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的版本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare, 包括 D-SNP : 1-800-443-0815 (TTY 711), 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点
- Medi-Cal : 1-855-839-7613 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时
- 所有其他保险计划: 1-800-757-7585 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时

Farsi: توجه. امکان بهره‌مندی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای ما تماس بگیرید. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare, شامل D-SNP: با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره 1-855-839-7613 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره 1-800-464-4000 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

Hindi: ध्यान दें। भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: 1-800-443-0815 (TTY 711), सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: 1-800-464-4000 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

Hmong: FAJ SEEB. Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suav lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab

rau ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnuv so uas tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

Japanese: ご注意。言語サポートは無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門にお電話ください。加入者向けサービスは主要な休日では営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休

Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។ ជំនួយភាសាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្ទាប សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: 안내 사항. 무료 언어 지원 제공. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간

Laotian: ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານ

ສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບ ແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ອັກສອນນູນ,

ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ

ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

Mien: CAU FIM JANGX LONGX OC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih core haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hlou, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih core haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

Navajo: GIHA. Tséé' naalkáah sídá'ígíí éí doo t'ée' íí'í' dah sídá'ígíí. T'ée' góó t'í'í'ígíí éí tséé' naalkáah sídá'ígíí bikáa' dah sídaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí. T'á'ii éí t'ée' góó t'í'í'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'alka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí bikáa' dah na'alka'ígíí t'áá'altso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah sídá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí éí bik'eh dah naazhja'a'ígíí bik'eh dah na'alka'ígíí.

- Medicare, bikáa' dah deidiyós D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jį t'áá'ł'í damóó
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áá'ł'í jį, 7 jį t'áá'ł'í damóó
- T'áá' al'aq: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áá'ł'í jį, 7 jį t'áá'ł'í damóó

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਜਿਸ ਵਿੱਚ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

Russian: ВНИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, 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 otros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: PAUNAWA. May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Thai: **ส่งถึง** มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น. หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

Ukrainian: **УВАГА!** Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, з 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

Vietnamese: **LƯU Ý.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

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**.

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 [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.

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

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (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** (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** (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** (haga clic en “Español”) o **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.



Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage

Método	Servicio a los Miembros: Información de contacto
Llamadas	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es 1-800-443-0815 (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.
Escriba	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para obtener ubicaciones).
Sitio web:	kp.org