

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

# 2024

# Resumen

# de Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal  
North P4 Plan (HMO D-SNP) y  
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal  
South P5 Plan (HMO D-SNP)

H8794\_24SB004005SP\_M  
PBP #: 004 & 005  
1048634655 CA 0405





## Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan; este incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios adicionales
- Descuentos en productos y servicios para los miembros
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención médica
- Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Para conocer las definiciones de algunos términos utilizados en este folleto, consulte el glosario que aparece al final.

### Para obtener más detalles

Este documento es un resumen de 2 planes de Kaiser Permanente Medicare Medi-Cal. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para conocer los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) o [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal), o pida una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Para consultar un resumen de los beneficios y copagos de Medicaid, vea el "Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid" en la EOC (Capítulo 4).

### ¿Tiene alguna pregunta?

- Si usted no es miembro, por favor llame al **1-800-777-1238 (TTY 711)**.
- Si usted es miembro, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**.
- Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

## Qué está cubierto y cuánto cuesta

\*Es posible que su proveedor del plan tenga que proporcionar una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

\*\* Debido a que es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, **usted paga \$0.**

Beneficios y primas	Usted paga
<p><b>Prima mensual del plan</b></p>	<p><b>\$0</b> si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional o si no reúne los requisitos, usted paga según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$35.30</b> para miembros del Medicare Medi-Cal South P5 Plan</li> <li>• <b>\$34.70</b> para miembros de Medicare Medi-Cal North P4 Plan</li> </ul>
<p><b>Deducible</b></p>	<p><b>Ninguno</b></p>
<p><b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de gastos máximos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No incluye los medicamentos de Medicare Parte D.</p>	<p><b>\$3,400</b></p>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (ASC)</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Consultas médicas</b> Proveedores de atención primaria y especialistas*</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Atención preventiva*</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Beneficios y primas	Usted paga
<b>Servicios para la audición</b> Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas.	\$0
<b>Servicios dentales*†</b> Cobertura dental preventiva e integral <i>Para más información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio de Internet en <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a></i>	\$0
<b>Servicios para la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo*</li> <li>• Exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Examen de detección preventivo del glaucoma</li> <li>• Servicios relacionados con la retinopatía diabética</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata *</li> </ul>	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros artículos para la visión (asignación cada 12 meses) *</li> </ul>	Asignación de \$350. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal e individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$0
<b>Instalación de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por cada periodo de beneficios.	\$0
<b>Fisioterapia*</b>	\$0
<b>Ambulancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$120**</b> por traslado sencillo para miembros de Medicare Medi-Cal South P5 Plan</li> <li>• <b>\$30**</b> por traslado sencillo para miembros de Medicare Medi-Cal North P4 Plan</li> </ul>
<b>Transporte</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	\$0

## **Cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare Parte D†**

La mayoría de las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Medicare ofrece Ayuda Adicional para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, el deducible y el coseguro que se mencionan a continuación no aplican para usted; en lugar de eso, consulte la **Cláusula de la Evidencia de Cobertura sobre Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados**.

Es posible que reciba un suministro hasta para 100 días de una farmacia del plan, incluida nuestra farmacia de pedidos por correo, excepto lo que se indica a continuación:

- Un suministro mayor a 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Si recibe cobertura de medicamentos de la Parte D de una farmacia fuera del plan, usted puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera del plan únicamente cuando no puede utilizar una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

### **Etapas del deducible**

Debe pagar el costo total por los medicamentos de la Parte D hasta que haya gastado **\$545** en sus medicamentos en 2024. Luego pasa a la etapa de cobertura inicial. El deducible no aplica para productos de insulina cubiertos, así como la mayoría de vacunas para adulto de la Parte D, incluidas herpes zóster, tétanos y vacunas de viaje.

### **Etapas de cobertura inicial y para catástrofes**

Durante la etapa de cobertura inicial, usted paga el **25%** del coseguro por sus medicamentos de la Parte D durante 2024 a menos que alcance la etapa de cobertura para catástrofes. Usted paga **\$35** por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.

Si usted gasta **\$8,000** en sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2024, usted entrará en la etapa de cobertura ante catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada para los medicamentos cubiertos en 2024.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: El programa Silver&amp;Fit®</b></p> <p>Incluye una membresía estándar en cualquiera de los centros de acondicionamiento físico participantes en el programa Silver&amp;Fit. También puede elegir un kit de acondicionamiento físico anual en casa de una selección de kits que le ayudarán a mantenerse en forma en su lugar.</p> <p>El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se usa con permiso en el presente. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes podrían variar por ubicación y están sujetas a cambios.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Salud y Bienestar de venta libre (OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Usted puede ordenar artículos OTC hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$250</b>. Cada pedido debe ser de \$25 como mínimo. Su pedido no puede exceder su límite trimestral del beneficio. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre. (El límite de beneficio se restablece el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre.)</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <b>kp.org/otc/ca</b>. Puede hacer su pedido por teléfono o solicitar que se le envíe un catálogo impreso si llama al <b>1-833-569-2360 (TTY 711)</b>, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.</p>	<p>Sin cargo para un límite de beneficio trimestral de <b>\$250</b></p>

## Descuentos en productos y servicios para los miembros

Kaiser Permanente se asocia con empresas líderes para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrece ahorros y descuentos sustanciales.

### Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema de respuesta de emergencia personal que le proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con apretar un botón. Reciba una tarifa de dispositivo única reducida y una opción de dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse límites de cobertura). Visite **greatcall.com/KP** o llame al **1-800-205-6548 (TTY 711)** para obtener más información.

## CareLinx

Kaiser Permanente se ha asociado con CareLinx para proporcionarle un descuento por comprar ayuda no médica en el hogar con actividades diarias. Su cuidador puede ayudarlo a vivir un estilo de vida independiente en su propio hogar ayudándole con trabajo doméstico ligero, preparación de alimentos, compañía y más.

Visite [carelinx.com/kaiserpermanente-affinity](https://carelinx.com/kaiserpermanente-affinity) o llame sin costo al **1-855-271-2656**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y los fines de semana, de 9 a. m. a 5 p. m.

## Atención y ayuda en el hogar con Comfort Keepers®

Servicios de cuidado en el hogar para ayudarlo a mantener la independencia en el hogar que incluye todo, desde cuidado las 24 horas, relevo, preparación de comidas y tareas domésticas ligeras. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación de seguridad en el hogar gratis. Visite [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](https://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) o llame al **1-800-611-9689** (TTY **711**) para obtener más información.

## Entrega de comida saludable a domicilio de Mom's Meals®

Recibir la nutrición adecuada es vital para alcanzar y mantener una buena salud. Reciba comidas refrigeradas y listas para calentar y comer en los hogares de todo el país. Elaboradas por chefs y dietistas certificados, las comidas están adaptadas medicamente para ayudar con la mayoría de las condiciones crónicas y con el bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente obtienen una tarifa con descuento y sin costo de envío de Mom's Meals. Visite [momsmealsnc.com](https://momsmealsnc.com) o llame al **1-866-224-9483** (TTY **711**) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden continuar usando o seleccionar estos productos o servicios de cualquier compañía de su elección, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles con el socio mencionado anteriormente. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni garantizan bajo nuestro contrato con el programa Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Cualquier disputa relacionada con estos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas de Kaiser Permanente Senior Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

## Quién puede inscribirse

Puede inscribirse a este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Tiene beneficios completos de Medicaid.
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio del plan Medicare Medi-Cal North que incluye los siguientes condados: **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano y Stanislaus**, y partes de estos condados, **únicamente en los siguientes códigos postales:**

- **Condado de Amador:** 95640 y 95669.
- **Condado de El Dorado:** 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.
- **Condado de Mariposa:** 93601, 93623 y 93653.
- **Condado de Placer:** 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677, 95678, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 95765.
- **Condado de Sonoma:** 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87 y 95492.
- **Condado de Tulare:** 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.
- **Condado de Yolo:** 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.
- **Condado de Yuba:** 95692, 95903 y 95961.
- Vive en el área de servicio del plan Medicare Medi-Cal South, que incluye estas partes de los condados, **únicamente en los siguientes códigos postales:**
  - **Kern County:** 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61 y 93581.
  - **Condado de Ventura:** 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099 y 93252.

## Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se enumeran en este documento y en la

**Evidencia de Cobertura**, si:

- Los servicios o artículos son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que aparecen en nuestro **Directorio de Proveedores** y **Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. También cubrimos:
  - Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente
  - Atención de emergencia
  - Atención de diálisis fuera del área
  - Atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores fuera del plan)
  - Referencias a proveedores fuera del plan si recibió aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro del plan que pagaría por recibir la atención que se menciona anteriormente con proveedores fuera del plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, usted debe pagar el costo completo.

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios sin cobertura (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## **Cómo obtener atención médica**

Generalmente, usted puede obtener, en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, todos los servicios cubiertos que necesite, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Usted no está limitado a usar un centro o una farmacia del plan en particular, de modo que lo invitamos a usar el centro o la farmacia del plan que le resulte más conveniente. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory), o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

## **Su médico personal**

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También puede elegir a cualquier proveedor del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir o cambiar de médico llamando a Servicio a los Miembros o en [kp.org/finddoctors](http://kp.org/finddoctors).

## **Ayuda para administrar afecciones**

Si tiene más de una afección de salud actualmente y necesita ayuda para administrar su atención, podemos ayudarle. Nuestros programas de administración de casos reúnen a enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pida más información a su médico personal.

# Avisos

## Apelaciones y quejas formales

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto a través de un reclamo dentro de un periodo de tiempo específico que incluya la fecha en la que recibió el artículo o servicio. Si negamos la solicitud, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. A esto se le llama una apelación. Puede pedir una decisión rápida si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si el médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene una queja que no es sobre la cobertura, puede presentar una queja formal ante nosotros. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones sobre la cobertura y hacer apelaciones, incluyendo las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

## Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Regiones del Norte y Sur de California, es una corporación sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Senior Advantage.

## Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** en [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy) para obtener más información.

## Resumen de Beneficios con cobertura de Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Para cada uno de los beneficios que se indican a continuación, puede ver qué cubre Medi-Cal (Medicaid) y lo que cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información sobre los beneficios de Medi-Cal, consulte su manual de Medi-Cal.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de clínica de salud rural</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura, a menos que reciba atención de emergencia o atención de urgencia fuera del área cubiertas.
<b>Servicios de centros de salud que satisfacen los requisitos federales</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura, a menos que reciba atención de emergencia o atención de urgencia fuera del área cubiertas.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Imágenes diagnósticas</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos (sin límite de edad). El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios.
<b>Pruebas de detección temprana y periódicas, diagnóstico y servicios suplementarios de tratamiento</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Suministros y servicios de planificación familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de un médico</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Servicios dentales médicos y quirúrgicos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos (consulte la sección “Servicios dentales” para conocer los beneficios dentales integrales).
<b>Servicios de oftalmología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de podología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de optometría</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de psicología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de enfermero anestesista</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de optometrista y de laboratorio de óptica</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios de optometrista.
<b>Suministros médicos (Las cremas para la incontinencia y los productos para la higiene no están incluidos)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por suministros con cobertura de Medicare.
<b>Cremas para la incontinencia y productos para la higiene</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Equipo médico duradero</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Coseguro del 0% o 20% por artículos cubiertos. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
<b>Audífonos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Fórmula enteral</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de acupuntura</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de partera titulada</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
<b>Servicios de salud domiciliaria por medio de una agencia de atención de salud domiciliaria (Incluye servicios de enfermería y de auxiliar de salud domiciliaria; fisioterapia y terapia ocupacional; servicios de patologías del habla y de audiología; servicios intermitentes de enfermería; auxiliar de salud domiciliaria; suministros médicos, equipos y aparatos)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Fisioterapia y servicios relacionados</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Centros de rehabilitación</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de enfermería privada (Solo por exención para mayores de 21 años)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Clínica (Clínica de pacientes externos organizada, Servicios de Salud para la Población Indígena, centros de partos alternativos, centros de cirugía ambulatoria)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por un proveedor de la red.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Servicios dentales</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid proporcionados por su dentista asignado del programa dental de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos proporcionados por su dentista de DeltaCare® asignado.
<b>Terapia ocupacional</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Patología del habla</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Terapia del habla</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Servicios de audiología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Dentaduras postizas</b>	Copago de \$0 para servicios cubiertos por su programa dental de Medicaid.	\$0 por servicios cubiertos.
<b>Aparatos protésicos (Aparatos ortopédicos) prótesis oculares</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	0% del costo de los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Anteojos, otros aparatos para los ojos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 hasta un límite de \$350 por artículos para la visión cada año. Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de catarata.
<b>Programa integral de servicios perinatales (Servicios preventivos)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por atención prenatal cubierta.
<b>Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) (Solo por exención)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Servicios de diálisis crónica</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Coseguro del 20% por tratamiento cubierto de diálisis. Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
<b>Servicios de rehabilitación (Diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, rehabilitación de salud mental, centros independientes de Medi-Cal para la rehabilitación por adicción a las drogas)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por abuso de sustancias.
<b>Institutos para enfermedades mentales (Para menores de 21 años y mayores de 65 años, incluye atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare (sin límite de edad).
<b>Centro de Atención Intermedia</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Enfermera partera</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios con cobertura de Medicare proporcionados por proveedores del plan.
<b>Centro de Cuidados Paliativos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Cubiertos por Original Medicare.
<b>Servicios relacionados con la tuberculosis</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
<b>Atención respiratoria para pacientes que dependen de respirador artificial</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b>
<b>Enfermero con práctica médica familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
<b>Atención en el hogar y en la comunidad para personas de edad avanzada con incapacidades funcionales (Solo por exención)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Instituciones de vida asistida con apoyo de la comunidad (Solo por exención)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Servicios de cuidado personal</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
<b>Hospital rural de atención primaria</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por atención de emergencia con cobertura de Medicare.
<b>Centros de salud de tipo no médico</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura, excepto para servicios de una institución religiosa de atención de tipo no médica con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de emergencia en hospitales</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por atención de emergencia con cobertura.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal
<b>Transporte</b> <b>(El Estado proporciona servicio de traslado médico de emergencia y no emergencia. Cumple con el requisito federal de garantía de traslado para los servicios necesarios desde el punto de vista médico)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Para servicios de ambulancia con cobertura de Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$120 por traslado sencillo para miembros de South P5 Plan.</li> <li>• Copago de \$30 por traslado sencillo para miembros de North P4 Plan.</li> </ul> Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
<b>Servicios para embarazadas para tratar un trastorno médico que pueda influir en la mujer o en el feto (No específicamente establecido como beneficio, pero es una disposición obligatoria según las normas federales)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos, necesarios desde el punto de vista médico.
<b>Servicios de consejería matrimonial y familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 solo cuando es parte de los servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de trabajador social clínico titulado</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Administración de casos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios de proveedor de enfermería individual</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
<b>Servicios no médicos (Solo por exención)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.

## Definiciones útiles (glosario)

### **Año calendario**

El año que inicia el 1.º de enero y termina el 31 de diciembre.

### **Área de servicio**

El área geográfica donde ofrecemos planes Senior Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en una de nuestras áreas de servicio del plan Senior Advantage.

### **Asignación**

Una cantidad en dólares que puede utilizar para comprar un artículo. Si el precio del artículo es mayor al de la asignación, usted paga la diferencia.

### **Autorización previa**

Algunos servicios o artículos se cubren solo si su proveedor del plan recibe aprobación por adelantado de nuestro plan (a veces llamada autorización previa). Los servicios o artículos sujetos a autorización previa están marcados con el símbolo † en este documento.

### **Copago**

El monto fijo que usted paga por servicios cubiertos, por ejemplo, un copago de \$20 por una visita al consultorio médico.

### **Coseguro**

Un porcentaje que paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios o medicamentos de venta con receta médica. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20% para un artículo de \$200, pagará \$40.

### **Deducible**

El monto que usted debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D antes de entrar a la etapa de cobertura inicial.

### **Evidencia de Cobertura**

Un documento que explica a detalle sus beneficios del plan y cómo funciona.

### **Farmacia minorista del plan**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en las oficinas médicas del plan.

### **Necesario desde el punto de vista médico**

Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

### **Periodo de beneficios**

La forma en la que nuestro plan mide su uso de los servicios de instalaciones de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o a una instalación de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención para pacientes hospitalizados o atención especializada en una SNF durante 60 días consecutivos. El periodo de beneficios no está limitado a un año calendario. No hay límite para el número de periodos de beneficios que puede tener o cuánto puede durar un periodo de beneficios.

### **Plan**

Kaiser Permanente Senior Advantage.

**Prima del plan**

La cantidad que paga por su atención médica y la cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Senior Advantage.

**Proveedor del plan**

Un plan o proveedor de la red puede ser un centro, como un hospital o farmacia, o un profesional de cuidado de la salud, como un médico o enfermero.

**Proveedor fuera del plan**

Un proveedor o centro que no tiene un acuerdo con Kaiser Permanente para brindar atención a nuestros miembros.

**Región**

Una organización de Kaiser Foundation Health Plan. Tenemos Regiones de Kaiser Permanente ubicadas en el Norte de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington y Washington, D.C.

**Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo**

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguro cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza los gastos máximos, no tendrá que pagar ningún copago ni coseguro por los servicios que estén sujetos a los gastos máximos durante el resto del año.

Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP con contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, nuestro plan o CMS puede elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea, en **medicare.gov** o pedir una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

# Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000** (TTY 711) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios 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/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) 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 (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
 Department of Health Care Services  
 Office of Civil Rights  
 P.O. Box 997413, MS 0009  
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** (en inglés).

- **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).

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  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** (en inglés).

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Arabic:** للذين قدم خدمات الترجمة الفورية لم تجلي في ال جملة عن أي أسئلة تتعلق قبل الصحة أو جدول الأدوية لدينا. لل حصول على تخرج فوري، لي سأل أيك سوى التصل بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. هذه خدمة مجانية. هذه خدمة مجانية.

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

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

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

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

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

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

# Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات لترجمة الفيديو وتمويزك مجاناً في مدار الساعة لتغلة أيام السبت والجمعة. طب خدمة لترجمة الفيديو. أوت ترجمه وتطبيقاتك أو لصيغ أخرى لمفاتيح طب من اعدادات جنرفية وأج زمني موقن. ما فيكسوى التحصين في في اللقم **1-800-464-4000** في مدار الساعة لغلة أيام السبت (مفاتيح أيام العمل عطلت). لست خدمي خدمة لمتلف للصي يرجي التحصين في اللقم **711**.

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمت اتوبانی در 24 ساعتی بان روز و 7 روز هفتا بدون اخذ هزینه در سطحی ارشدم الملت. شما میتونی برای خدمت ترجم شفاهی، ترجمه مدارک و زبان شما و یا به صورت های دیگر در اینجهت کنی. شما هم میتونین برای کمکه های ضعیف و وسایل کمکی برای محققان خود در خواست کنید. تلف است در 24 ساعت شبان روز و 7 روز هفته (به عنوان ایوزهای تعطیلی) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید یا به کلوب بران شین و آ TTY (با شماره **711** تماس بگیرید).

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'díítííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiłgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
закладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
393 E. Walnut St.  
Pasadena, CA 91188

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Regiones del Norte y Sur de California. Una organización sin fines de lucro y una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO)