

2025

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Dual Complete North P4 Plan (HMO D-SNP) y
Kaiser Permanente Dual Complete South P5 Plan (HMO D-SNP)

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
- Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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 (Evidence of Coverage, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web kp.org/eocncal o 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
Prima mensual del plan	\$0
Deducible	\$0
Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo 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.	<ul style="list-style-type: none"> • \$9,350 para miembros del Plan Medicare Medi-Cal South P5 • \$3,400 para miembros del Plan Medicare Medi-Cal North P4
Servicios para pacientes hospitalizados*† No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico. Nota: La autorización previa solo aplica para los miembros del plan Dual Complete North P4.	\$0
Servicios para pacientes ambulatorios	\$0
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0
Consultas médicas Proveedores de atención primaria y especialistas*	\$0
Atención preventiva* Consulte la EOC para obtener más información.	\$0
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<ul style="list-style-type: none"> • \$110** para miembros del plan Dual Complete North P4 • \$0 para miembros del plan Dual Complete South P5
Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$0
Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*	\$0
Servicios para la audición Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas.	\$0

Beneficios y primas	Usted paga
Servicios dentales	Sin cobertura. Su plan dental de Medi-Cal cubre sus servicios dentales. Para más información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame a Smile California al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en smilecalifornia.org.
Servicios para la vista <ul style="list-style-type: none"> • Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo* • Exámenes rutinarios de la vista • Examen de detección preventivo del glaucoma y servicios relacionados con la retinopatía diabética 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata * 	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> • Otros artículos para la visión (asignación de \$350 cada 12 meses) * 	Asignación de \$350. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350, usted paga la diferencia.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados* 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal e individual para pacientes ambulatorios 	\$0
Instalación de enfermería especializada*† Cubrimos hasta 100 días por cada periodo de beneficios.	\$0
Fisioterapia*	\$0
Ambulancia	<ul style="list-style-type: none"> • \$50** por traslado sencillo para miembros del plan Dual Complete South P5 • \$325** por traslado sencillo para miembros del plan Dual Complete North P4
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B† Un número limitado de medicamentos de Medicare Parte B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la EOC 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 Extra Help de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Medicare ofrece Extra Help para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Extra Help, los copagos 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 Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**.

Si no tiene derecho a recibir Extra Help, el monto que paga por los medicamentos será diferente de acuerdo con:

- El nivel en el que esté su medicamento. Hay 6 niveles de medicamentos. Para saber en cuál de los 6 niveles está su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos de la Parte D en kp.org/seniorrx o llame a Servicios a los Miembros para pedir una copia al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días de suministro que obtiene (como un suministro de 30 días o 100 días).
Nota: El suministro para más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- Cuando obtiene un suministro de 31 a 100 días, ya sea que surta su receta en una de nuestras farmacias minoristas del plan o en nuestra farmacia para pedido por correo. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentra (etapa de deducible, cobertura inicial o de cobertura ante catástrofes).

Etapa del deducible

Para los miembros del plan **Dual Complete North P4**, como no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica y usted comienza el año en la etapa de cobertura inicial.

Para los miembros del plan **Dual Complete South P5**, para los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6, no hay deducible de medicamentos y usted iniciar el año en la etapa de cobertura inicial. Si no tiene derecho a recibir Extra Help, para los niveles 3, 4 y 5 hay una etapa de deducible. Para medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted debe pagar el costo total por los medicamentos hasta que haya gastado **\$590** en sus medicamentos en 2025. Cuando cumpla el deducible, pasa a la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. 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

Si no tiene derecho a recibir Extra Help, usted paga el coseguro que se muestra en la siguiente tabla hasta que el costo de sus gastos de bolsillo alcanza los **\$2,000**. Si alcanza el límite de \$2,000 en 2025, pasará a la etapa de cobertura ante catástrofes y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0		
Nivel 2 (Genéricos) • Miembros del plan North P4	\$0		
• Miembros del plan South P5	3 %		
Nivel 3* (Medicamentos de marca preferidos) • Miembros del plan North P4	23 %		

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
• Miembros del plan South P5	24 %		
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	25 %		
Nivel 5* (Especialidad)	25 %		
Nivel 6** (Vacunas)	\$0	No aplica	

*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los niveles 3 a 5, usted no pagará nada.

**Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin ningún costo para usted.

Nivel de medicamento	Farmacia de orden por correo del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0		
Nivel 2 (Genérico)	\$0		
Nivel 3* (Medicamentos de marca preferidos)	23 %		
• Miembros del plan North P4	23 %		
• Miembros del plan South P5	22 %		
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	25 %		
Nivel 5* (Especialidad)	25 %		

Nota: El Nivel 6 (vacunas) no está disponible por medio de la farmacia de orden por correo.

*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los niveles 3 a 5, usted no pagará nada.

Etapa de cobertura ante catástrofes

Si usted, u otra persona en su nombre, gasta **\$2,000** en sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2025, usted entrará en la etapa de cobertura ante catástrofes. La mayoría de las personas nunca llegan a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada por medicamentos de la Parte D cubiertos en 2025.

Atención a largo plazo, infusiones en el hogar del plan y farmacias fuera del plan

- Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de infusión intravenosa domiciliaria cubiertos de la Parte D de una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria del plan se proporcionan sin cargo.
- Si obtiene medicamentos cubiertos de la Parte D de una farmacia fuera del plan, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan y puede obtener hasta un suministro para 30 días. Por lo general, cubrimos 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.

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles como miembro del plan:	Usted paga
<p>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</p> <p>Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente One Pass. One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una extensa red básica y prémium de gimnasios que incluye centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios de acondicionamiento físico selectos. Puede utilizar cualquier ubicación dentro de la red. • Programas en vivo, en cualquier momento o digitales de acondicionamiento físico en su hogar. • Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web para miembros o en la aplicación móvil One Pass. • Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile. • Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.</p>	<p>\$0</p>
<p>Salud y Bienestar de venta libre (OTC)</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 descrito a la derecha. 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 kp.org/otc/ca (en inglés). Puede hacer su pedido por teléfono o solicitar que se le envíe un catálogo impreso si llama al 1-833-569-2360 (TTY 711), 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 como se indica a continuación, dependiendo del plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de beneficio trimestral de \$140 para miembros del plan Dual Complete North • Límite de beneficio trimestral de \$200 para miembros del plan Dual Complete South

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 ayudarle 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/kp-affinity o llame sin costo al **1-844-636-4592**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. MST, y los fines de semana, de 9 a. m. a 5 p. m. MST.

Atención y ayuda en el hogar con Comfort Keepers®

Servicios de cuidado en el hogar para ayudarle a mantener la independencia en el hogar que incluye todo, desde cuidado las 24 horas, relevo y atención personal, 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 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/kp/home.aspx 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 que incluye todo **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano y Stanislaus. También incluye 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, 95620, 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 partes de estos condados únicamente en los siguientes códigos postales:
 - **Condado de Kern:** 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, 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.

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.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para 2025 que puede ayudarle administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos durante el año como pagos mensuales. Este programa está disponible para todas las personas con Medicare Parte D y funciona con su cobertura de medicamentos. Puede ser especialmente útil para las personas con medicamentos de alto costo compartido al principio del año del plan y ayudar a administrar los costos anuales de su bolsillo para medicamentos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos. Comuníquese con nosotros o visite **Medicare.gov** para obtener más información de este programa.

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** (haga clic en "Español") 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.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	<p>Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. Si no es elegible, usted paga lo siguiente por hospitalización cuando se le admite directamente al hospital para observación como un paciente ambulatorio y dependiendo del plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$110 para los miembros del plan North P4. • \$0 para los miembros del plan South P5.
Servicios de clínica de salud rural	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.
Servicios de centros de salud que satisfacen los requisitos federales	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.
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Imágenes diagnósticas	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Atención en un centro de enfermería especializada	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.
Pruebas de detección temprana y periódicas, diagnóstico y servicios	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
suplementarios de tratamiento		
Suministros y servicios de planificación familiar	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios dentales médicos y quirúrgicos	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de oftalmología	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de podología	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de optometría	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios quiroprácticos	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de psicología	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de enfermero anestesista	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de optometrista y de laboratorio de óptica	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios de optometrista.
Suministros médicos (Las cremas para la incontinencia y los productos para la higiene no están incluidos)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por suministros cubiertos.
Cremas para la incontinencia y productos para la higiene	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto a menos que se mencione en nuestro catálogo de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) para entrega a domicilio.
Equipo médico duradero	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. Si no es elegible, usted paga un coseguro del 0 % o el 20 % por los artículos cubiertos.
Audífonos	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
Fórmula enteral	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de partera titulada	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
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)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
Fisioterapia y servicios relacionados	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Centros de rehabilitación	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de enfermería privada (Solo por exención para mayores de 21 años)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
Clínica (Clínica de pacientes externos organizada, Servicios de Salud para la Población Indígena, centros de partos alternativos, centros de cirugía ambulatoria)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por un proveedor de la red.
Servicios dentales	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid proporcionados por su dentista asignado del programa dental de	No está cubierto.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
	Medicaid. Para más información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio web en https://smilecalifornia.org .	
Terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Patología del habla	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Terapia del habla	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de audiología	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Dentaduras postizas	Copago de \$0 para servicios con cobertura de Medicaid proporcionados por su dentista asignado del programa dental de Medicaid. Para más información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio web en https://smilecalifornia.org .	No está cubierto.
Aparatos protésicos (Aparatos ortopédicos) prótesis oculares	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 del costo de los servicios cubiertos por Medicare.
Anteojos, otros aparatos para los ojos	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 hasta un límite de \$350 por artículos para la visión cada año. Copago de \$0 hasta el límite de Medicare por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata.
Programa integral de servicios perinatales (Servicios preventivos)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por atención prenatal cubierta.
Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
Servicios de diálisis crónica	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. Si no es elegible, usted paga un coseguro del 20 % por el tratamiento de diálisis cubierto.
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)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por abuso de sustancias.
Institutos para enfermedades mentales (Para menores de 21 años y mayores de 65 años, incluye atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare (sin límite de edad).
Centro de Atención Intermedia	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
Enfermera partera	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios con cobertura de Medicare proporcionados por proveedores del plan.
Centro de Cuidados Paliativos	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Cubiertos por Original Medicare.
Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Atención respiratoria para pacientes que dependen de respirador artificial	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.
Enfermero con práctica médica familiar	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
Atención en el hogar y en la comunidad para personas de edad avanzada con incapacidades funcionales (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
Instituciones de vida asistida con apoyo de la comunidad (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
Servicios de cuidado personal	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto.
Hospital rural de atención primaria	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por atención de emergencia con cobertura de Medicare.
Centros de salud de tipo no médico	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.
Servicios de emergencia en hospitales	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	<p>Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0.</p> <p>Si no es elegible, usted paga lo siguiente por cada visita al Departamento de Emergencias dependiendo del plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$110 para los miembros del plan North P4. • \$0 para los miembros del plan South P5.
Transporte (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)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	<p>Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0.</p> <p>Si no es elegible, usted paga lo siguiente por viaje sencillo para los servicios de ambulancia con cobertura de Medicare dependiendo del plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$325 para los miembros del plan North P4. • Copago de \$50 para los miembros del plan South P5.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Planes Dual Complete
<p>Servicios para embarazadas para tratar un trastorno médico que pueda influir en la mujer o en el feto</p> <p>(No específicamente establecido como beneficio, pero es una disposición obligatoria según las normas federales)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos, necesarios desde el punto de vista médico.</p>
<p>Servicios de consejería matrimonial y familiar</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios de trabajador social clínico titulado</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Administración de casos</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios de proveedor de enfermería individual</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios no médicos</p> <p>(Solo por exención)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.</p>	<p>No está cubierto.</p>

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 (skilled nursing facility, 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. 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

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de 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, 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 nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. 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 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:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **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

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

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:

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.

- **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. 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/complaints/index.html>

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

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: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. 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, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق اللغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել 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: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv 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. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Japanese: 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休で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、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃບຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ເປີດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavgv qiemp zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jiiik'ah jóóní dooníwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidínii bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízikinii wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áadawo'íí, 7 t'áadawo'íigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bík'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ 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। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия ТТТ 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия ТТТ 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ 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, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc 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. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

kp.org/medicare

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

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