

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

**2026**

# **Resumen de Beneficios**

---

Kaiser Permanente Dual Essential Plan 1 MD (HMO D-SNP)

H2172\_25\_50SP\_M  
PBP #: 018  
2025AR1046





# Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar Kaiser Permanente Dual Essential. Puede usar este **Resumen de Beneficios** (Summary of Benefits) para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre lo siguiente:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios adicionales
- Descuentos para miembros en productos y servicios
- Quiénes pueden inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención
- Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare
- Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

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

## Para obtener más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está o no está cubierto, ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura** (*Evidence of Coverage, EOC*), que se encuentra en nuestro sitio web en [kp.org/eocmas](http://kp.org/eocmas) (haga clic en “Español”), o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

### ¿Tiene preguntas?

- Si usted no es miembro, llame al **1-877-408-8607 (TTY 711)**.
- Si es miembro, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536 (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 el proveedor del plan deba proporcionar una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

\*\*Si usted es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, pagará \$0.

| Beneficios y primas                                                                                                                                                                                                                                                                           | Usted paga                                                 |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Con asistencia en el costo compartido completa de Medicaid | Con asistencia en el costo compartido parcial de Medicaid                                                                                                                                 |
| <b>Prima mensual del plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                                        | \$0                                                                                                                                                                                       |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                        | \$0                                                                                                                                                                                       |
| <b>Su responsabilidad respecto a los gastos máximos de bolsillo</b><br>Si es elegible para la asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar los servicios de Medicare Parte A y Parte B.<br>No se incluyen medicamentos de Medicare Parte D. | \$9,250                                                    | \$9,250                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b><br>No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.                                                                                                                                                        | \$0                                                        | \$375 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia                                                                                                        |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>                                                                                                                                                                                                                                  | \$0                                                        | \$0** o \$0–\$350 por consulta                                                                                                                                                            |
| <b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*†</b>                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                        | \$0** o \$350 por consulta                                                                                                                                                                |
| <b>Consultas médicas</b><br>• Proveedores de atención primaria                                                                                                                                                                                                                                | \$0                                                        | \$0                                                                                                                                                                                       |
| • Especialistas*†                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0                                                        | \$0** o \$30 por consulta                                                                                                                                                                 |
| <b>Atención preventiva</b><br>• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal*†                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                        | Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos. |

| Beneficios y primas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Usted paga                                                 |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Con asistencia en el costo compartido completa de Medicaid | Con asistencia en el costo compartido parcial de Medicaid |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</li> <li>• Mediciones de masa ósea*†</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular*†</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal*† <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pruebas de biomarcadores con análisis de sangre</li> <li>○ Colonoscopias</li> <li>○ Colonografía por tomografía computarizada (TC)</li> <li>○ Pruebas de sangre oculta en las heces</li> <li>○ Sigmoidoscopias flexibles</li> <li>○ Pruebas de ADN en heces multiobjetivo</li> </ul> </li> <li>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de glaucoma</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B</li> <li>• Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección del virus de la hepatitis C</li> <li>• Pruebas de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> <li>• Servicios de terapia nutricional*†</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> </ul> |                                                            |                                                           |

| Beneficios y primas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga                                                 |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Con asistencia en el costo compartido completa de Medicaid | Con asistencia en el costo compartido parcial de Medicaid    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia del comportamiento para tratar la obesidad</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez</li> <li>• Profilaxis previa a la exposición (<i>Pre-Exposure Prophylaxis</i>, PrEP) para la prevención del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vacunas contra el COVID-19</li> <li>○ Vacunas contra la gripe</li> <li>○ Vacunas contra la hepatitis B</li> <li>○ Vacunas contra el neumococo</li> </ul> </li> <li>• Consulta anual de “Bienestar”</li> </ul> |                                                            |                                                              |
| <b>Atención de emergencia</b><br>Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0                                                        | \$0** o \$115 por consulta en el Departamento de Emergencias |
| <b>Servicios requeridos con urgencia</b><br>Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0                                                        | \$0** o \$30 por consulta                                    |
| <b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                        | \$0                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                        | \$0** o \$25 por consulta                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                                                        | \$0** o \$25 por procedimiento                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                        | \$0** o \$250 por procedimiento                              |

| Beneficios y primas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Usted paga                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Con asistencia en el costo compartido completa de Medicaid                                                                                                                                                                                        | Con asistencia en el costo compartido parcial de Medicaid                                                                  |
| <b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                                               | \$0** o \$30 por consulta                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0                                                                                                                                                                                                                                               | \$0                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (asignación por oído cada tres años)</li> </ul> <p>Importante: Es posible que este beneficio de audífono no esté disponible el próximo año.</p>                                                                                                                                                    | Asignación de <b>\$1,000</b><br>Si el audífono cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |
| <b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental preventiva: dos exámenes bucales, dos limpiezas dentales, un tratamiento con fluoruro y una radiografía por año calendario.</li> <li>Atención dental integral†: consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para obtener una lista de servicios cubiertos</li> </ul> | Usted paga <b>\$0</b> hasta el límite de beneficios preventivos e integrales combinado de <b>\$1,000</b> por año calendario.<br>Si la atención dental preventiva e integral combinada que recibe cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia. |                                                                                                                            |
| <b>Servicios para la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos*†</li> <li>Exámenes rutinarios de la vista*†</li> </ul>                                                                                                                                            | \$0                                                                                                                                                                                                                                               | \$0** o<br>\$0 con un optometrista<br>\$30 por consulta con un oftalmólogo                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección preventiva del glaucoma</li> <li>Servicios de retinopatía diabética*†</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         | \$0                                                                                                                                                                                                                                               | \$0                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas*†</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               | \$0                                                                                                                                                                                                                                               | \$0** o<br>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite. |

| Beneficios y primas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Usted paga                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Con asistencia en el costo compartido completa de Medicaid                                          | Con asistencia en el costo compartido parcial de Medicaid                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la vista (asignación de <b>\$250</b> para comprar artículos para la vista cada dos años)*†</li> </ul> <p>Importante: Es posible que este beneficio de artículos para la vista no esté disponible el próximo año.</p>                                                                                                                       | Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de <b>\$250</b> , usted paga la diferencia. |                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de salud mental†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o <b>\$375</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia.                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0</b>                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o <b>\$15</b> por consulta                                                                                                                                             |
| <b>Centro de enfermería especializada*†</b><br>Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o<br>Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li><b>\$218</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul> |
| <b>Fisioterapia*†</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o <b>\$30</b> por consulta                                                                                                                                             |
| <b>Ambulancia†</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o <b>\$290</b> por viaje de ida o vuelta                                                                                                                               |
| <b>Transporte</b><br>Brindamos cobertura hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>\$0</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |
| <b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b><br>Brindamos cobertura para medicamentos de Medicare Parte B cuando los compra a un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de salud</li> <li>Suministro de hasta 30 días de una farmacia del plan</li> </ul> | <b>\$0</b>                                                                                          | <b>\$0**</b> o coseguro del <b>0 %</b> al <b>20 %</b> según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.    |

# Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

El monto que paga por los medicamentos varía en función de lo siguiente:

- El nivel en el que se encuentra su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos cubiertos de la Parte D en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”) o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 días o 90 días). Tenga en cuenta que el suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surte su medicamento (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestro servicio de farmacia por correo). Para saber dónde se ubican nuestras farmacias, consulte el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory) (haga clic en “Español”). Importante: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentra (deducible, cobertura inicial o cobertura para catástrofes).

Importante: Medicare ofrece Ayuda Adicional (*Extra Help*) para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, es posible que no se le apliquen los costos compartidos que se indican a continuación. En su lugar, consulte la **cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben una Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados**.

## Etapa de deducible

No se aplica ningún deducible a los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6, y usted comienza el año en la etapa de cobertura inicial. Existe una etapa de deducible para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, y usted debe pagar el costo total de esos medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible de **\$200**. Una vez que haya alcanzado el deducible, pasará a la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes.

## Etapa de cobertura inicial

Usted pagará los copagos y el coseguro que se muestran en la siguiente tabla hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los **\$2,100**. Si alcanza el límite de \$2,100 en 2026, pasa a la etapa de cobertura para catástrofes y su cobertura cambia.

| Nivel del medicamento                    | Farmacia minorista del plan |                   |                            |                   |                            |                   |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                                          | Suministro de hasta 30 días |                   | Suministro de 31 a 60 días |                   | Suministro de 61 a 90 días |                   |
|                                          | Farmacia preferida          | Farmacia estándar | Farmacia preferida         | Farmacia estándar | Farmacia preferida         | Farmacia estándar |
| <b>Nivel 1</b><br>(genéricos preferidos) | <b>0 %</b>                  | <b>25 %</b>       | <b>0 %</b>                 | <b>25 %</b>       | <b>0 %</b>                 | <b>25 %</b>       |

| Nivel del medicamento                           | Farmacia minorista del plan |                   |                            |                   |                            |                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                                                 | Suministro de hasta 30 días |                   | Suministro de 31 a 60 días |                   | Suministro de 61 a 90 días |                   |
|                                                 | Farmacia preferida          | Farmacia estándar | Farmacia preferida         | Farmacia estándar | Farmacia preferida         | Farmacia estándar |
| <b>Nivel 2</b><br>(genéricos)                   | 0 %                         | 25 %              | 0 %                        | 25 %              | 0 %                        | 25 %              |
| <b>Nivel 3</b><br>(de marca preferidos)         | 5 %                         | 25 %              | 5 %                        | 25 %              | 5 %                        | 25 %              |
| <b>Nivel 4</b><br>(no preferidos)               | 25 %                        |                   |                            |                   |                            |                   |
| <b>Nivel 5</b><br>(medicamentos especializados) | 25 %                        |                   |                            |                   |                            |                   |
| <b>Nivel 6*</b><br>(vacunas de la Parte D)      | \$0                         |                   | N/C                        |                   |                            |                   |

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

| Nivel del medicamento                        | Servicio de farmacia por correo del plan |                            |                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                              | Suministro de hasta 30 días              | Suministro de 31 a 60 días | Suministro de 61 a 90 días |
| <b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos)        | 0 %                                      |                            |                            |
| <b>Nivel 2</b> (genéricos)                   | 0 %                                      |                            |                            |
| <b>Nivel 3</b> (de marca preferidos)         | 5 %                                      |                            |                            |
| <b>Nivel 4</b> (no preferidos)               | 25 %                                     |                            |                            |
| <b>Nivel 5</b> (medicamentos especializados) | 25 %                                     |                            |                            |

Importante: El Nivel 6 (vacunas de la Parte D) no está disponible a través del pedido por correo.

**Mensaje importante con respecto a lo que paga por la insulina:** no pagará más de **\$35** por un suministro de hasta un mes, **\$70** por un suministro de hasta dos meses o **\$105** por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.

## Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre durante el año 2026 gastan **\$2,100** en medicamentos recetados de la Parte D, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D en 2026.

## Atención a largo plazo, infusiones en el hogar y farmacias que no pertenecen al plan

- Si vive en un **centro de atención a largo plazo** y compra los medicamentos en la farmacia del centro, paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de **infusión intravenosa domiciliaria** de la Parte D cubiertos de una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria del plan se proporcionan sin cargo.
- Si compra medicamentos cubiertos de la Parte D en una **farmacia que no pertenece al plan**, paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, brindamos cobertura para los medicamentos surtidos en una farmacia que no pertenece al plan únicamente cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.

## Beneficios adicionales

| Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Usted paga        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</b></p> <p>Usted tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo de One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y a pedido para realizar en el hogar.</li><li>• Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web y la aplicación móvil para miembros de One Pass.</li><li>• Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, para ejercicios de fuerza, yoga o baile.</li></ul> <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, sobre los beneficios del programa o sobre cómo configurar su cuenta en línea, visite <b>YourOnePass.com</b> o llame al <b>1-877-614-0618</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p> | <p><b>\$0</b></p> |

| Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Usted paga                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Artículos de venta libre (<i>over-the-counter</i>, OTC)</b><br/> Recibirá una tarjeta precargada de beneficios de salud adicionales con el límite de beneficios mensual a la derecha para comprar artículos de venta libre en línea y en tiendas minoristas participantes. La tarjeta se recargará el 1 de cada mes. La parte del límite de beneficios mensual que no use no se acumulará para el siguiente mes.<br/> Para obtener más información, consulte la <b>EOC</b>, visite <b>mybenefitscenter.com</b> o llame al <b>1-833-524-7035 (TTY 711)</b>, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite de beneficios mensual de <b>\$30</b> para su plan.</p>                                                                                                              |
| <p><b>Beneficios especiales adicionales para personas con enfermedades crónicas (alimentos saludables)**</b><br/> Los miembros elegibles con determinadas condiciones crónicas que se describen a continuación reciben una tarjeta precargada de beneficios de salud adicionales con una asignación mensual para comprar alimentos aprobados, como frutas y verduras, en línea y en tiendas minoristas participantes.<br/> Este beneficio solo estará disponible para los miembros identificados con el plan que hayan cumplido con los criterios de elegibilidad para beneficios con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por abuso de sustancias (<i>substance use disorder</i>, SUD)</li> <li>• Enfermedades autoinmunes</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Enfermedad renal crónica</li> <li>• Enfermedades hematológicas graves</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos</li> <li>• Ataque cerebral</li> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes</li> </ul> | <p>Los miembros que cumplan con los criterios para este beneficio recibirán una tarjeta precargada para comprar alimentos saludables aprobados con una asignación mensual de <b>\$30</b> para su plan.</p> |

| Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Usted paga |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <p>La tarjeta se recargará el 1 de cada mes. La parte del límite de beneficios mensual que no use no se acumulará para el siguiente mes.</p> <p>Para obtener más información, consulte la <b>EOC</b>, visite <b>mybenefitscenter.com</b> o llame al <b>1-833-524-7035</b> (TTY <b>711</b>), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este).</p> |            |

\*\*El beneficio de la tarjeta para alimentos saludables es parte de un programa especial adicional para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Los miembros deben tener enfermedades crónicas específicas, como diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica para ser elegibles. También puede calificar para este beneficio si tiene otras enfermedades. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su enfermedad. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.

## Descuentos para miembros en productos y servicios

Kaiser Permanente se asocia con empresas destacadas para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrecerle importantes ahorros y descuentos.

### Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema personal de respuesta ante emergencias que proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo pulsar un botón. Reciba un precio único reducido por el dispositivo y la elección 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 a CareLinx para brindarle un descuento para el pago de ayuda no médica en el hogar con las actividades de la vida diaria. El cuidador puede ayudarle a mantener una vida independiente dentro de su propio hogar. Le brindará apoyo con las tareas domésticas ligeras, la preparación de comidas, le hará 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. hora estándar de la montaña (*Mountain Standard Time*, MST), y los fines de semana, de 9 a. m. a 5 p. m. (MST).

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

Servicios de atención domiciliar para ayudarle a mantener la independencia en su casa con todo lo que necesite, atención las 24 horas, servicio de relevo y cuidado personal, preparación de comidas y tareas domésticas ligeras. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación gratuita sobre la seguridad en su hogar. Visite **comfortkeepers.com/kaiser-permanente** o llame al **1-800-611-9689** (TTY **711**) para obtener más información.

## Entrega de comidas saludables de Mom's Meals®

Una nutrición adecuada es esencial para conseguir y mantener una buena salud. Envíos a domicilio en todo el país de comidas refrigeradas listas para calentar y comer. Las comidas, elaboradas por chefs y dietistas registrados, están pensadas desde el punto de vista médico para proporcionar ayuda frente a la mayoría de las enfermedades crónicas importantes y al bienestar en general.

Los miembros de Kaiser Permanente obtienen precios reducidos y envíos sin costo de Mom's Meals. Visite [www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx](http://www.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 utilizando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles para el socio mencionado más arriba. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni se garantizan según nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa en relación con estos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas del plan Dual Essential Plan 1 MD ofrecido por Kaiser Permanente BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

## Quiénes pueden inscribirse

Usted puede inscribirse en este plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B. (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 de Medicaid.
- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados de Maryland: Montgomery y Prince George. Además, el área de servicio incluye las siguientes partes de condados en Maryland:
  - los siguientes códigos postales en el condado de Calvert: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736 y 20754;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Charles: 20601–04, 20607, 20612–13, 20616–17, 20637, 20640, 20643, 20645–46, 20658, 20675, 20677 y 20695;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Frederick: 20842, 20871, 21701–05, 21709–10, 21714, 21716–18, 21754–55, 21757–59, 21762, 21769–71, 21774–77, 21787, 21790–93.

## Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la **Evidencia de Cobertura**, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.

- Obtiene todos los artículos y servicios cubiertos de los proveedores del plan incluidos en nuestro **Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:
  - Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente.
  - Atención de emergencia.
  - Atención para 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 que no pertenecen al plan).
  - Referencias a proveedores que no pertenecen al plan si recibió aprobación escrita de nuestro plan por adelantado (autorización previa).

Importante: Usted paga los mismos copagos y coseguros del plan cuando recibe la atención cubierta mencionada de proveedores que no pertenecen al plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, 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

En general, en la mayoría de los centros de atención del plan, puede recibir todos los servicios cubiertos que necesite, lo que incluye atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte el **Directorio de Proveedores** o el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory) (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. para pedirnos que le enviemos una copia.

La lista de medicamentos cubiertos, 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 servicios de 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 se desempeñan en el área de medicina interna o medicina familiar. Debe elegir a uno de los proveedores del plan disponibles como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Para elegir un médico o cambiarlo, llame a Servicio a los Miembros o ingrese en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

## Ayuda para controlar afecciones médicas

Si actualmente tiene más de una afección médica y necesita ayuda para administrar su atención, podemos brindársela. Nuestros programas de administración de casos permiten que enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal colaboren para ayudarlo a controlar sus afecciones.

El programa brinda información y enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pídale 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 opción de pago que le ayudará a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos como pagos mensuales a lo largo del año. Este programa está disponible para las personas con Medicare Parte D y funciona con su cobertura de medicamentos. Puede ser particularmente útil para las personas que pagan costos compartidos altos por sus medicamentos a principios del año del plan y ayudar a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos. Comuníquese con nosotros o visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) para obtener más información sobre 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 presentando un reclamo dentro de un periodo específico que incluye la fecha en que recibió el artículo o servicio. Si le respondemos que no, puede pedirnos que reconsideremos la decisión. Esto se llama “apelación”. Puede pedir una decisión acelerada si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene un reclamo que no está relacionado con la cobertura, puede presentarnos una queja formal. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones y hacer apelaciones sobre la cobertura, incluidas las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

### Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States es una empresa sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage denominado Kaiser Permanente Medicare Advantage. Ofrecemos varios planes Kaiser Permanente Medicare Advantage en el área de servicio en la región de los estados del Atlántico Medio, que incluye el distrito de Columbia y algunas áreas específicas en Maryland y Virginia.

Cada plan tiene diferentes beneficios, copagos, coseguros, primas y áreas de servicio. Pero usted puede recibir atención de proveedores del plan en cualquier parte de nuestra región de los estados del Atlántico Medio.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra región de los estados del Atlántico Medio, deberá inscribirse en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage en su nueva área de servicio.

### Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso sobre Prácticas de Privacidad** en [kp.org/privacy](https://www.kp.org/privacy) (haga clic en “Español”) para obtener más información.

## Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Para cada beneficio que se describe a continuación, puede ver lo que cubre Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

| <b>Beneficio</b>                                                        | <b>Plan estatal de Medicaid</b> | <b>Kaiser Permanente Dual Essential Plan 1 MD</b>                          |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>                          | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>              | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</b>                              | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Consultas médicas</b>                                                | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Atención de emergencia</b>                                           | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Servicios requeridos con urgencia</b>                                | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas</b> | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Servicios para la audición</b>                                       | Con cobertura con limitaciones  | Con cobertura con limitaciones                                             |
| <b>Servicios dentales</b>                                               | Con cobertura con limitaciones  | Con cobertura con limitaciones                                             |
| <b>Servicios para la vista</b>                                          | Con cobertura con limitaciones  | Con cobertura con limitaciones                                             |
| <b>Servicios de salud mental</b>                                        | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Instalación de enfermería especializada</b>                          | Con cobertura                   | Con cobertura con límites en la cantidad de días por periodo de beneficios |
| <b>Equipo Médico Duradero</b>                                           | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |
| <b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b>                     | Con cobertura                   | Con cobertura                                                              |

| Beneficio                          | Plan estatal de Medicaid       | Kaiser Permanente Dual Essential Plan 1 MD             |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Servicios de salud a domicilio     | Con cobertura                  | Con cobertura                                          |
| Cuidados paliativos                | Con cobertura                  | Con cobertura de Original Medicare; no de nuestro plan |
| Fisioterapia                       | Con cobertura                  | Con cobertura                                          |
| Ambulancia                         | Solo para emergencias          | Con cobertura                                          |
| Transporte para atención de rutina | Con cobertura con limitaciones | Con cobertura con limitaciones                         |
| Servicios de farmacia              | Con cobertura                  | Con cobertura                                          |

## Definiciones útiles (glosario)

### Asignación

Monto en dólares que puede usar para comprar un artículo. Si el precio del artículo es mayor que el de la asignación, usted paga la diferencia.

### Periodo de beneficios

Manera en la que medimos el uso de los servicios de los centros de enfermería especializada.

Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada (*skilled nursing facility*, SNF), y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados o atención en un SNF.

El periodo de beneficios no está relacionado con el año calendario. La cantidad y la duración de los periodos de beneficios no tienen límite.

### Año calendario

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

### Coseguro

Porcentaje que usted paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del **20 %** para un artículo de **\$200**, pagará **\$40**.

### Copago

Monto fijo que paga por servicios cubiertos, por ejemplo, un copago de **\$20** por una visita al consultorio.

### Deducible

Es el monto que debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D antes de entrar en la etapa de cobertura inicial.

**Evidencia de Cobertura**

Documento que explica detalladamente los beneficios y el funcionamiento de su plan.

**Gasto máximo de bolsillo**

Lo máximo que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza el máximo, no tendrá que pagar más copagos ni coseguros por los servicios que estén sujetos al gasto máximo durante el resto del año.

**Medicamento necesario**

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

**Proveedor que no pertenece al plan**

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

**Plan**

Kaiser Permanente Dual Essential.

**Prima del plan**

Monto que paga por su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Dual Complete.

**Proveedor del plan**

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

**Farmacia preferida**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos preferidos. Estas farmacias suelen estar ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es menor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándares, a las cuales nos referimos como “farmacias estándares” en este documento.

**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 una autorización previa están marcados con el símbolo † en este documento.

**Región**

Organización de Kaiser Foundation Health Plan. Tenemos Regiones de Kaiser Permanente ubicadas en el Norte de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D. C.

**Farmacia minorista del plan**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan.

**Farmacia estándar**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos estándares. Estas farmacias no suelen estar ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es mayor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales nos referimos como “farmacias preferidas” en este documento.

Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP con contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, el plan o los CMS pueden elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual **“Medicare y usted”**. Puede consultarlo en línea en **es.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 Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados,
  - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Si considera que el Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono a: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department. Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785, Número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para presentar las quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: **711**)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog:** nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoṅ ni soṅ, niṅ ma kénṅen yé, mbi èyem. Wó nàṅ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

**বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন:** আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, আপনি বিনামূল্যে, উপযুক্ত সহায়ক পরিষেবা ও সাহায্য সমেত ভাষা সহায়তা পরিষেবা পেতে পারেন। **1-800-777-7902** (TTY: **711**)-এ ফোন করুন।

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با 1-800-777-7902 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-777-7902 an (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-800-777-7902 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplèman tè adapte gratis. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त उपलब्ध हैं। 1-800-777-7902 पर कॉल करें (TTY: 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ ụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, dị nye gị. Kpọọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE. Se parla italiano, può usufruire gratuitamente dei servizi di assistenza linguistica compresi gli opportuni aiuti e servizi ausiliari. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-777-7902までお電話ください (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-777-7902 로 전화해 주세요 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711).

أردو (Urdu) توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ مفت زبان کی معاونت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، جیسے مناسب معاون امداد اور خدمات۔ کال کریں 1-800-777-7902 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwon isẹ̀ ìrànlọ́wọ̀ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láísí ìdíyelé wà fún ọ. Pe 1-800-777-7902 (TTY: 711).



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

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States  
4000 Garden City Drive  
Hyattsville, MD 20785

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. Una empresa sin fines de lucro y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)