

# 2026

# Resumen de Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Inland Empire Plan (HMO) y  
Kaiser Permanente Senior Advantage Inland Empire Value Plan (HMO)



# Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** (Summary of Benefits) para obtener más información sobre nuestros planes. Incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales
- Descuentos de productos y servicios para miembros
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención médica
- 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 Senior Advantage. 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, en [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) (haga clic en “Español”), o solicite 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.

### ¿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 un referido.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	\$1,300	\$2,500
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*</b> No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	\$100 por día, del día 1 al 5 (\$0 por el resto de su hospitalización), por admisión	\$230 por día, del día 1 al 5 (\$0 por el resto de su hospitalización), por admisión
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	De \$0 a \$100 por consulta	De \$0 a \$230 por consulta
<b>Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	\$100 por procedimiento	\$230 por procedimiento
<b>Consultas médicas</b> • Proveedores de atención médica primaria	\$0	\$0
• Especialistas*	\$0	\$10 por consulta
<b>Atención preventiva*</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	\$0	\$0
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$150 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$150 por consulta en el Departamento de Emergencias
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$0	\$0

Beneficios y primas	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como un electrocardiograma [ECG])</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y ecografías</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$10</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)</li> </ul>	<b>\$200</b> por consulta	<b>\$250</b> por procedimiento
<b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</li> </ul>	<b>\$</b>	<b>\$10</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes para la evaluación y ajuste de audífonos</li> </ul>	Sin cobertura	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación para audífonos</li> </ul> Nota: Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, consulte la asignación debajo de Advantage Plus.	Sin cobertura	<b>\$1,000</b> de asignación por oído, por audífono cada 36 meses. Si el audífono que compre cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.  Nota: Es posible que este beneficio para audífonos no esté disponible el próximo año.

Beneficios y primas	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<p><b>Servicios dentales*†</b></p> <p>La atención dental preventiva e integral cubierta que se menciona a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoruro (limitado a dos aplicaciones al año).</li> <li>• Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales al año).</li> <li>• Profilaxis (limitado a dos limpiezas por año).</li> <li>• Radiografías (un juego de radiografías de mordida y dos radiografías periapicales al año. Una serie completa de radiografías o radiografías panorámicas cada 2 años calendario. Una imagen oral bidimensional cada 3 años).</li> <li>• Evaluación periodontal, limpieza de sarro y alisado radicular (la limpieza de sarro se cubre una vez por cuadrante cada dos años calendario. La limpieza de sarro en presencia de inflamación y el mantenimiento periodontal se incluyen en un límite de dos limpiezas).</li> </ul> <p>Consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.</p> <p>Nota: Si se inscribe para obtener beneficios opcionales, recibe beneficios dentales adicionales (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios para la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> con un optometrista</li> <li>• <b>\$0</b> por consulta con un oftalmólogo*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> con un optometrista</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta con un oftalmólogo*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de los ojos de rutina</li> <li>• Examen de detección preventivo del glaucoma y servicios relacionados con la retinopatía diabética</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas*</li> </ul>	<p><b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.</p>

Beneficios y primas	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la visión*</li> </ul> <p>Nota: Si se inscribe para obtener beneficios opcionales, consulte la asignación debajo de Advantage Plus.</p>	Sin cobertura	<p>Asignación de <b>\$250</b> cada 24 meses. Si el artículo para la visión cuesta más de \$250, usted paga la diferencia.</p> <p>Nota: Es posible que este beneficio de artículos para la visión no esté disponible el próximo año.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	<b>\$100</b> por día, del día 1 al 5 ( <b>\$0</b> por el resto de su hospitalización), por admisión	<b>\$230</b> por día, del día 1 al 5 ( <b>\$0</b> por el resto de su hospitalización), por admisión
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal e individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<p><b>Centro de enfermería especializada*</b></p> <p>Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios.</p>	<p>Por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$0</b> del día 1 al 20</li> <li><b>\$150</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>	<p>Por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$0</b> del día 1 al 20</li> <li><b>\$150</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia*</b></p>	<b>De \$0 a \$10</b> por consulta	<b>De \$0 a \$20</b> por consulta
<p><b>Ambulancia</b></p>	<b>\$325</b> por traslado sencillo	<b>\$350</b> por traslado sencillo
<p><b>Transporte</b></p>	Sin cobertura	Sin cobertura
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B</b></p> <p>Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de la salud</li> </ul>	<p><b>De 0% a 20% de coseguro</b> dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p><b>De 0% a 20% de coseguro</b> dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro de hasta 30 días de una farmacia del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$12</b> por medicamentos genéricos</li> <li><b>\$47</b> por medicamentos de marca, excepto que usted paga <b>\$35</b> por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$12</b> por medicamentos genéricos</li> <li><b>\$47</b> por medicamentos de marca, excepto que usted paga <b>\$35</b> por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.</li> </ul>

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

†Es posible que se requiera autorización previa.

La cantidad que paga por los medicamentos variará en función de lo siguiente:

- El plan en el que se inscriba (Inland Empire o Inland Empire Value).
- El nivel en el que se encuentre su medicamento. Existen seis niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los seis niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”) o llame a Servicio 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.
- Ya sea que surta su receta en una de nuestras farmacias minoristas del plan o en nuestra farmacia de pedido por correo. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (etapa de deducible, de cobertura inicial o de cobertura para catástrofes).

Nota: Medicare ofrece Extra Help para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Extra Help, los costos compartidos que se mencionan a continuación podrían no aplicarse a usted; en lugar de eso, consulte la **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados**.

## Etapa de deducible

Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso y comienza el año en la etapa de cobertura inicial.

## Etapa de cobertura inicial

Usted pagará los copagos y el coseguro que se muestran en la siguiente tabla hasta que los 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		
	Un suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	<b>\$0</b>		
Nivel 2 (Genéricos)	<b>\$0</b>		
Nivel 3 (De marca preferidos)	<b>\$40</b>	<b>\$80</b>	<b>\$120</b>
Nivel 4 (No preferidos)	<b>\$95</b>	<b>\$190</b>	<b>\$285</b>
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	<b>32%</b>		
Nivel 6* (Vacunas inyectables de la Parte D)	<b>\$0</b>	<b>No aplica</b>	

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

Nivel del medicamento	Farmacia de pedido por correo del plan		
	Un suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0		
Nivel 2 (Genéricos)	\$0		
Nivel 3 (De marca preferidos)	\$40	\$80	
Nivel 4 (No preferidos)	\$95	\$190	
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	32%		

Nota: El Nivel 6 (vacunas inyectables de la Parte D) no está disponible mediante pedido por correo.

**Mensaje importante sobre lo que paga por insulina:** no pagará más de **\$35** para un suministro de hasta un mes, **\$70** para un suministro de hasta dos meses o **\$105** para un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido.

#### **Etapas de cobertura para catástrofes**

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

#### **Atención a largo plazo, infusión 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 cubiertos de la Parte D para **infusiones en el hogar** de una farmacia de infusiones en el hogar 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 un suministro de hasta 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**.

## Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura adicional por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

\*Es posible que su proveedor del plan tenga que proporcionar un referido.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas de Advantage Plus	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
Prima mensual adicional	<b>\$17</b>	<b>\$17</b>
<b>Asignación para artículos para la visión*</b> Asignación cada 24 meses Nota: Es posible que este beneficio de artículos para la visión no esté disponible el próximo año.	<b>\$300</b> de asignación. Si el artículo para la visión cuesta más de \$300, usted paga la diferencia.	Se añade una asignación de <b>\$300</b> a la asignación de <b>\$250</b> descrita anteriormente en "Servicios para la vista". Si el artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de <b>\$550</b> , usted paga la diferencia.
<b>Audífonos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación cada 36 meses</li> </ul> Nota: Es posible que este beneficio para audífonos no esté disponible el próximo año.	<b>\$1,000</b> de asignación por oído, por audífono. Si el audífono cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.	Se añade una asignación de <b>\$1,000</b> por oído, por audífono a la asignación de <b>\$1,000</b> descrita anteriormente en "Servicios para la audición". Si el audífono cuesta más que la asignación combinada de <b>\$2,000</b> , usted paga la diferencia.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación y ajuste de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención dental*†</b> Programa DeltaCare® USA Dental HMO	Varía en función del servicio dental. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	Varía en función del servicio dental. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</b></p> <p>Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente: One Pass.</p> <p>One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una extensa red básica y premium 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.</li> <li>• Programas en vivo, en cualquier momento o digitales de acondicionamiento físico en su hogar.</li> <li>• Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web para miembros o en la aplicación móvil de One Pass.</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile.</li> <li>• Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro.</li> </ul> <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 <b>YourOnePass.com</b> o llame al <b>1-877-614-0618 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con nuestro Inland Empire Plan, usted paga	Con nuestro Inland Empire Value Plan, usted paga
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b>  Recibirá una tarjeta para artículos saludables extras precargada con el límite de beneficios trimestral que se indica a la derecha para comprar artículos OTC elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. La parte no utilizada del límite de beneficios trimestral no se transferirá al siguiente trimestre. 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 a.m. a 5 p.m. PST.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite de beneficios trimestral de <b>\$40</b> de su plan.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite de beneficios trimestral de <b>\$60</b> de su plan.</p>

## Descuentos de productos y servicios para miembros

Kaiser Permanente trabaja con compañías líderes para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrece ahorros y descuentos importantes.

### Lively™ Mobile Plus

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

### CareLinx

Kaiser Permanente se asoció con CareLinx para brindarle un descuento por la compra de ayuda no médica en el hogar para las actividades diarias. Su cuidador puede ayudarle a vivir un estilo de vida independiente en su propio hogar ayudándole con atención personal, preparación de comidas, 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 con Comfort Keepers®

Servicios de atención en el hogar para ayudarle a mantener la independencia en el hogar con todo, desde atención las 24 horas, atención personal y de relevo, preparación de comidas y limpieza interna ligera. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación de seguridad en el hogar sin cargo. 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®

La obtención de una nutrición correcta es esencial para alcanzar y mantener una buena salud. Reciba la entrega de comidas refrigeradas listas para calentar y comer a hogares en todo el país. Creadas por chefs y nutricionistas titulados, las comidas se ajustan médicamente para apoyar a la mayoría de las condiciones crónicas y al bienestar general.

Los miembros de Kaiser Permanente disfrutan de un precio con descuento y envíos gratis 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 seguir usando o eligiendo estos productos o servicios de la compañía de su elección, pero los descuentos de Kaiser Permanente están disponibles únicamente con los socios antes mencionados. Los productos y servicios antes descritos no son ofrecidos ni están garantizados por nuestro contrato con el programa Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa sobre estos productos y servicios podría estar sujeta al proceso de queja formal de Kaiser Permanente Senior Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus compañías afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

## Quién puede inscribirse

Usted puede inscribirse en uno de nuestros planes 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).
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Vive en un área de servicio de estos planes, la cual incluye únicamente **las partes de los condados de Riverside y San Bernardino** con los siguientes códigos postales:
  - **Condado de Riverside:** 91752, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253, 92255, 92258, 92260–64, 92270, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860 y 92877–83
  - **Condado de San Bernardino:** 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427 y 92880

## 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 poco comunes por proveedores fuera del plan)
  - referidos a proveedores fuera del plan si recibió aprobación con antelación (autorización previa) de nuestro plan por escrito

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

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

## Cómo obtener atención médica

Generalmente, usted puede obtener, en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, todos los servicios cubiertos que necesite, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Usted no está limitado a usar un centro o una farmacia del plan en particular, de modo que lo invitamos a usar el centro o la farmacia del plan que le resulte más conveniente. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o **Directorio de Farmacias en [kp.org/directory](http://kp.org/directory)** (haga clic en “Español”), 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 le ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, los referidos a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También puede elegir a cualquier proveedor del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir o cambiar de médico llamando a Servicio a los Miembros o en **[kp.org/finddoctors](http://kp.org/finddoctors)** (haga clic en “Español”).

## Ayuda para el manejo de afecciones

Si tiene más de una condición de salud actualmente y necesita ayuda para administrar su atención, podemos ayudarle. Nuestros programas de administración de casos reúnen a enfermeros, trabajadores sociales y a su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de cuidado personal. Si le interesa, 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 opción de pago que puede ayudarle a 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](http://medicare.gov)** para obtener más información de este programa.

# Avisos

## Apelaciones y quejas formales

Puede solicitarnos que le proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que cree que debería estar cubierto enviándonos un reclamo dentro de un periodo específico que incluya la fecha en 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., Región del Sur de California, es una organización sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Senior Advantage. Ofrecemos varios planes Senior Advantage en nuestra área de servicio de la Región del Sur de California, sobre los que puede obtener información en la **Evidencia de Cobertura**.

Cada plan tiene distintos beneficios, copagos, coseguro, primas y áreas de servicio del plan. Pero puede obtener atención por parte de los proveedores del plan en cualquier parte de nuestra Región del Sur de California.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra Región del Sur de California, tendrá que inscribirse en un plan Senior 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](http://kp.org/privacy) (haga clic en “Español”) para obtener más información.

## Definiciones útiles (glosario)

### Año calendario

El año que inicia el 1 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 la aprobación con antelación de nuestro plan (a veces llamada autorización previa). Los servicios o artículos sujetos a la 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.

**Coseguro**

Un porcentaje que 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**.

**Deducible**

Es la cantidad que 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 médicas. 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.

**Período de beneficios**

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

**Plan**

Kaiser Permanente Senior Advantage.

**Prima del plan**

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

**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 de la salud, como un médico o enfermero.

**Proveedor fuera del plan**

Un proveedor o centro de atención 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 coseguros 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 de una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, nuestro plan o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) pueden decidir no renovar nuestro contrato con Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea, en [medicare.gov](https://www.medicare.gov), o pedir una copia llamando 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

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

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

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

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
 Member Relations Grievance Operations  
 P.O. Box 939001  
 San Diego CA 92193

### **Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en:  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:  
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

## Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Laotian: ໂປດຊາບ.** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານ

ສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບ ແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ອັກສອນນູນ,

ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ

ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ

ພ້ອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

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

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

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

**Navajo: GIHA.** Tséé' naalkáah sidá'ígíí éí doo t'ée' íí'í' dah sidáa'ígíí. T'ée' góó t'ízi'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí. T'á'ii éí t'ée' góó t'ízi'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'alka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí bikáa' dah na'alka'ígíí t'áa' ałtso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí éí bik'eh dah naazhjaa'ígíí bik'eh dah na'alka'ígíí.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Thai:** **ส่งถึง** มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสาร เป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

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

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

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

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

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

**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare) (haga clic en “Español”)**

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

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Sur de California. Una organización sin fines de lucro y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)