H8794_27A009ES_M
4422927541_S009_ES
PBP #: 009

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Región del Sur de California

Notificación Anual de Cambios para el año 2027

Introducción

Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos. Esta *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, por favor, consulte la *Guía para miembros (Member Handbook)*, que está en nuestro sitio web en kp.org/eocscal (haga clic en "Español"). Llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al número que se menciona al final de la página para recibir una copia por correo postal. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para miembros.*

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita.
- Puede obtener esta *Notificación Anual de Cambios* de manera gratuita en otros formatos, tales como letra grande, braille, archivo de audio o archivo de datos. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711).
- Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar lo siguiente:
    - idioma de preferencia aparte de inglés u otro formato;
    - una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras, **y**
    - cambiar una solicitud abierta por un idioma o formato de preferencia.

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務爲免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

Si tiene preguntas, 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare (haga clic en “Español”).

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Índice

A. Exención de responsabilidad 9

B. Cómo revisar su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año 9

B1. Información sobre nuestro plan 10

B2. Pasos importantes que se deben seguir 11

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red 12

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 13

D1. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos 13

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 17

D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial” 19

D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes” 21

E. Cómo elegir un plan 21

E1. Cómo permanecer en nuestro plan 21

E2. Cómo cambiar de plan 21

F. Cómo conseguir ayuda 26

F1. Nuestro plan 26

F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) 26

F3. Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente 26

F4. Medicare 27

F5. Departamento de Atención Médica Administrada de California 28

F6. Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare 28

A. Exención de responsabilidad

- Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

- El beneficio de alimentos saludables es parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben padecer afecciones crónicas específicas, como diabetes, obesidad, trastornos cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. También puede calificar para este beneficio si tiene otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su condición. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.

B. Cómo revisar su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige abandonar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que se realizó su solicitud. Seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2;**
- sus opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección E2.**

B1. Información sobre nuestro plan

- El plan Kaiser Permanente Dual Complete South P9 es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando en esta *Notificación Anual de Cambios* se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia al Medicare Medi-Cal Plan.

B2. Pasos importantes que se deben seguir

- **Consulte si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, tal como el requisito de autorización previa?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año.
    - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias seguirán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y los demás proveedores a los que acude?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

- **Piense en los costos generales de su plan.**
  - ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con el plan Kaiser Permanente Dual Complete South P9:	**Si decide cambiar de plan deberá hacer lo siguiente:**
Si desea quedarse con nosotros el próximo año, es sencillo: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en el plan Kaiser Permanente Dual Complete South P9.	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos dependan de la farmacia que use. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, *solo* se cubren sus medicamentos recetados si se surten en una de las farmacias de la red.

Nuestros proveedores y farmacias de la red han cambiado para 2027.

Por favor, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias (Provider and Pharmacy Directory)* para 2027 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacia forman parte de nuestra red. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en kp.org/directory (haga clic en “Español”). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedir que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias.*

Es importante que sepa que también es posible que hagamos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Guía para miembros* o llame a Servicio a los Miembros al número que se muestra en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que pagará por estos servicios médicos cubiertos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$400** por viaje de ida.	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$290** por viaje de ida.
Calzado y plantillas terapéuticas para personas con diabetes	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará un coseguro del **20 %**.	Usted paga **$0**.
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) Consulte el Capítulo 12 en la *Guía para miembros* para conocer la definición de “Equipo médico duradero (DME)”.	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará un coseguro del **0 %** o **20 %**, según el artículo.	Usted paga **$0**.
Departamento de Emergencias (Emergency)	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$115** por consulta.	Usted paga **$0**.
Atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$355** por día durante los días **1 a 5** (**$0** por el resto de su estadía) por hospitalización.	Usted paga **$0**.
Suministros médicos	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará un coseguro del **0 %** o **20 %**, según el artículo.	Usted paga **$0**.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	Usted paga **$0**.	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$50** por procedimiento.
Servicios de observación	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$0** cuando le transfieran para observación desde un Departamento de Emergencias o después de una cirugía ambulatoria, o **$115** por estadía cuando le hospitalicen para observación como paciente ambulatorio.	Usted paga **$0**.
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	Recibirá una asignación trimestral de **$200** en una **tarjeta precargada de beneficios adicionales** para comprar artículos OTC elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente.	Recibirá una asignación trimestral de **$170** en una **tarjeta precargada de beneficios adicionales** para comprar artículos OTC elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente. Si califica para recibir los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (consulte la fila de “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas”), también puede usar su asignación trimestral para compra de artículos de OTC para comprar alimentos saludables.

Si tiene preguntas, 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare (haga clic en “Español”).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
		Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. Cualquier parte no utilizada de la asignación trimestral no se transferirá al trimestre siguiente. Nota: La asignación no se puede usar para dar propinas ni pagar tarifas (como las tarifas por entrega o envío).
Aparatos protésicos	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará un coseguro del **20 %**.	Usted paga **$0**.
Tratamiento en entorno residencial del trastorno por abuso de sustancias y de salud mental	**Cubierto por su plan Dual Complete como un beneficio de Medicare.** Usted paga **$0**.	**No está cubierto por su plan Dual Complete como beneficio de Medicare.** **El tratamiento en entorno residencial del trastorno por abuso de sustancias y de salud mental está cubierto por su plan Dual Complete como un beneficio de Medi-Cal** que brinda la Agencia de Salud del Comportamiento del condado en el que usted vive.
Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Usted paga **$0**.	Usted paga **$0**. Si pierde su cobertura de Medi-Cal completo, pagará **$0** durante los días **1 al 20**, y **$221** durante los días **21 al 100**, por cada período de beneficios.
Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI): alimentos saludables	**No está** cubierto.	**Cubierto siempre que cumpla los requisitos para recibir los SSBCI.**

Si tiene preguntas, 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare (haga clic en “Español”).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
El beneficio de alimentos saludables es parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben padecer afecciones crónicas específicas, como diabetes, obesidad, trastornos cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. También puede calificar para este beneficio si tiene otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su condición. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.		Los miembros identificados por el plan que cumplan con los criterios para recibir este beneficio pueden utilizar la **tarjeta precargada de beneficios adicionales** descrita en la fila de OTC para comprar alimentos saludables, tales como productos agrícolas, además de los artículos OTC, tanto en línea como en tiendas minoristas participantes. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. Cualquier parte no utilizada de la asignación trimestral no se transferirá al trimestre siguiente. Nota: La asignación no se puede usar para dar propinas ni pagar tarifas (como las tarifas por entrega o envío). Consulte su *Guía para miembros* para obtener más información.
Servicios de transporte: Medicare no cubre el transporte médico que no es de emergencia. Cuando lo solicita un proveedor de la red, cubrimos el transporte necesario desde el punto de vista médico y no de emergencia en una furgoneta con camilla o silla de ruedas autorizada hasta el domicilio (dentro de un radio de 100 millas), un centro de enfermería especializada	**No está** cubierto.	Con cobertura. Usted paga **$0**.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
(SNF) u otro nivel superior de atención inmediatamente después de una hospitalización o de ciertas consultas de emergencia, de atención de urgencia o consultas ambulatorias en el hospital.		

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra Lista de medicamentos que cubrimos se llama Lista de medicamentos cubiertos o Lista de medicamentos. Puede consultar una copia de nuestra Lista de medicamentos en línea en kp.org/seniorrx (haga clic en “Español”). Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos* que podrían eliminar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costo compartido.

Consulte la *Lista de medicamentos* **para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción o si el medicamento ha sido movido a otro nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado y que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes a fin de ofrecer la versión más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre ese cambio.

Si se ve afectado por uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, lo alentamos a:

- Colaborar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
    - Puede llamar a Servicio a los Miembros, a los números que se encuentran en la parte inferior de la página, a fin de pedir una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección.
    - Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que le resulte eficaz.
- Pedirnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
    - En algunos casos, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

- Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días. (Para obtener más información sobre los casos en los que puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para miembros*).
- Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con el médico para saber qué hacer cuando ese suministro se acabe. Puede cambiar a otro medicamento que cubra nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y que cubramos su medicamento actual.
- Todas las excepciones a la lista actual de medicamentos cubiertos aprobadas vencen al final de cada año calendario y deben volver a presentarse para su aprobación al principio del nuevo año.

Cambios en los costos de los medicamentos

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene Extra Help de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D. Le enviamos un anexo por separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Extra Help para Pagar Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula sobre el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low Income Subsidy Rider, LIS Rider). Si no ha recibido este anexo, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D en nuestro plan. El importe que pague dependerá del nivel de Extra Help y de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. Las dos etapas son las siguientes:

Etapa 1 **Etapa de Cobertura Inicial**	**Etapa 2** **Etapa de Cobertura para Catástrofes**
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama “copago”. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Esta etapa comienza después de pagar una determinada cantidad de gastos de bolsillo.

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo para medicamentos alcanza los **$2,400**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

D3. Etapa 1: "Etapa de Cobertura Inicial"

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama "copago". El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y dónde lo compre. Usted deberá pagar un copago cada vez que tenga que surtir una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Movimos algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a un nivel de medicamentos más bajo o más alto. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para verificar si sus medicamentos están en un nivel distinto, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros seis niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solamente** mientras esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el **Capítulo 6, Sección D** de su *Guía para miembros.*

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en los Niveles 1 y 2 (incluye medicamentos genéricos) Costo de un suministro de un mes de un medicamento en los Niveles 1 y 2 que se surte en una farmacia de la red o mediante el servicio de farmacia por correo	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0 a $5.10 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help". Su copago por un suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de **$0 a $5.10 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help". Su copago por un medicamento recetado para un mes (30 días) solicitado mediante pedido por correo es de **$0 a $5.10 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help".	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0 a $5.80 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help". Su copago por un suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de **$0 a $5.80 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help". Su copago por un medicamento recetado para un mes (30 días) solicitado mediante pedido por correo es de **$0 a $5.80 por medicamento recetado**, según su nivel en "Extra Help".

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos en los Niveles 3 a 5 (incluye medicamentos de marca y de especialidad) Costo de un suministro de un mes de un medicamento en los Niveles del 3 al 5 que se surte en una farmacia de la red o mediante el servicio de farmacia por correo	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0 a $12.65 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”. Su copago por un suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de **$0 a $12.65 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”. Su copago por un medicamento recetado para un mes (30 días) solicitado mediante pedido por correo es de **$0 a $12.65 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”.	Su copago por un suministro de un mes (30 días) es de **$0 a $14.40 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”. Su copago por un suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto es de **$0 a $14.40 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”. Su copago por un medicamento recetado para un mes (30 días) solicitado mediante pedido por correo es de **$0 a $14.40 por medicamento recetado**, según su nivel en “Extra Help”.
Medicamentos en el Nivel 6 (incluye vacunas de la Parte D)	Usted paga **$0**.	Usted paga **$0**.

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza **$2,400.** En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar por los medicamentos.

D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura para Catástrofes”

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de **$2,400** por sus medicamentos, comenzará la Etapa de Cobertura para Catástrofes y no deberá pagar nada por sus medicamentos cubiertos. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, consulte el **Capítulo 6, Sección E,** de su *Guía para miembros*.

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no cambia a otro plan de Medicare o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan durante 2027.

E2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de inscripción abierta**, que es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.
- Como tiene Medi-Cal, cuenta con algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- si se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- si ha habido un cambio en su elegibilidad para Medi-Cal o Extra Help, **o**
- si recién se mudó o recibe actualmente atención en una institución (como un centro de enfermería especializada, o un hospital con atención a largo plazo). Si recién se mudó de una institución, puede cambiar de plan o hacer el cambio a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. Tiene otra opción que se menciona a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar al siguiente plan:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Un plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si califica. **Nota:** El término “plan Medi-Medi” es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) en California.	Llame a Medicare a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.

2. Puede cambiar al siguiente plan: **Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado**	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.

3. Puede cambiar al siguiente plan: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene una razón válida para la cancelación de la afiliación.** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare le inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, tal como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Su plan Medi-Cal no cambiará a menos que usted solicite un cambio.

4. Puede cambiar al siguiente plan:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección E**.	Llame a Medicare a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su membresía en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.

Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Medi-Cal u obtener servicios de Medi-Cal tras abandonar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica (Health Care Options) al 1-800-430-4263, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.

F. Cómo conseguir ayuda

F1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea la *Guía para miembros*

La *Guía para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene detalles sobre los beneficios y costos para 2027. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

La *Guía para miembros* para 2027 estará disponible el 15 de octubre. Encontrará una copia de la versión más reciente de la *Guía para miembros* en nuestro sitio web kp.org/eocscal (haga clic en "Español"). También puede llamar a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para pedir que le enviemos por correo postal una *Guía para miembros* para 2027.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en kp.org/espanol. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de Proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos* (*Lista de medicamentos cubiertos*).

F2. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden explicarle en qué consisten las diferentes opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El HICAP no está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. (TTY 711). Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente

El Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente (Ombudsman Program) de Medicare Medi-Cal puede ayudarlo si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del defensor general de los derechos del paciente son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas.
El Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal:

- Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja informal y puede ayudarle a entender qué debe hacer.

Si tiene preguntas, 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare (haga clic en "Español").

- Se asegura de tener información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El número telefónico del Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medicare Medi-Cal es 1-855-501-3077.

F4. Medicare

Si desea obtener información directamente de Medicare:

- Llame 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.
- Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide cancelar su suscripción a nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes disponibles de Medicare en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite www.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes” [Find plans]).

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2027*. Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo postal a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones que ofrece Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

F5. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención para la salud. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-443-0815** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El seguimiento de este procedimiento de quejas formales no anula ningún posible derecho o remedio legal que pueda estar disponible para usted. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Si usted es elegible para una IMR, en el proceso de IMR se hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto; las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web en línea del departamento **www.dmhc.ca.gov**, podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9, Sección F4** de la *Guía para miembros*.

F6. Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si participa en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir en este plan durante 2027. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos anuales de su bolsillo para medicamentos.

Para las personas que califican, “Extra Help” de Medicare, los beneficios del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), son más convenientes que participar en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página o visite www.medicare.gov.

Declaración sobre la divulgación de información según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA): *de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

Si tiene preguntas, 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare (haga clic en “Español”).

Información sobre el Plan

Como miembro de este plan, es posible que ocasionalmente nos comuniquemos con usted para informarle sobre otros planes o productos de Kaiser Permanente que estén disponibles para usted. Si desea no recibir este tipo de llamadas, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

*Kaiser Permanente ahora ofrece nuevas formas de compartir de manera segura su información de salud. Visite **kp.org/datasharing** (en inglés) para obtener información sobre la interfaz de programación de aplicaciones (Application Programming Interface, API) de pagador a pagador y la API de acceso de proveedores, incluido cómo funcionan y cómo optar por participar.*

Directorios de Proveedores de Kaiser Permanente

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia de la red, visite **kp.org/directory** (haga clic en "Español") para buscar en nuestro directorio en línea. (Nota: Los directorios de 2027 estarán disponibles en línea a partir del 15 de octubre de 2026 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para recibir un directorio por correo, puede llamarnos al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Medicare Parte D de Kaiser Permanente (Lista de Medicamentos Cubiertos)

En nuestra lista de medicamentos cubiertos se mencionan los medicamentos de Medicare Parte D que cubrimos. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar en cualquier momento.
Se le notificará cuando sea necesario. Si tiene preguntas sobre los medicamentos cubiertos, consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos en línea, en **kp.org/seniorrx** (haga clic en "Español"). (Nota: La lista de medicamentos cubiertos de 2027 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2026 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para recibir una lista de medicamentos recetados disponibles por correo postal, puede llamarnos al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de cobertura (EOC) de Kaiser Permanente

En su **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)** se explica cómo recibir la atención médica y los medicamentos cubiertos por nuestro plan. En ella se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene preguntas sobre su cobertura, visite **kp.org/eocncal** (haga clic en "Español") o **kp.org/eocscal** (haga clic en "Español") para consultar la **EOC** en línea. (Nota: La **EOC** de 2027 estará disponible en línea a partir del 15 de octubre de 2026 de acuerdo con los requisitos de Medicare).

Para recibir una **EOC** por correo postal, puede llamarnos al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

H0524_H8794_00044581ES_C
4383715500_CA_ES
July 2026

KAISER PERMANENTE®

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** (cambie el idioma a español).

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 de forma oportuna:

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

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

  Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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**