Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

# 2027
# Resumen de Beneficios

Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Plan (HMO) y Kaiser Permanente Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Value Plan (HMO)

H0524_27SB003078ES_M
PBP #: 003 & 078
4383538584_S0378_ES

KAISER PERMANENTE®

# Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de beneficios** para obtener más información sobre nuestros planes. Incluye información sobre lo siguiente:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos recetados de la Parte D
- beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)
- beneficios adicionales
- descuentos para miembros en productos y servicios
- quiénes pueden inscribirse
- reglas de la cobertura
- obtener atención
- plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

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

## Para obtener más detalles

Este documento es un resumen de 2 planes de Kaiser Permanente Senior Advantage. No incluye todo lo que está o no está 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** (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, llame al **1-800-777-1238** (TTY **711**).
- Si usted es miembro, 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 el proveedor del plan deba proporcionar un referido.

†Es posible que se requiera autorización previa.

| **Beneficios y primas** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan** | **$0** | **$0** |
| **Deducible** | **$0** | **$0** |
| **Su responsabilidad respecto a los gastos máximos de bolsillo**<br>No incluye los medicamentos de Medicare Parte D. | **$999** | **$2,900** |
| **Servicios para pacientes hospitalizados***<br>No hay límite para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios. | **$160** por día durante los días 1 a 5 (**$0** durante el resto de su estancia), por hospitalización | **$350** por día durante los días 1 a 5 (**$0** durante el resto de su estancia), por hospitalización |
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos** | **$0-$150** por consulta | **De $0 a $300**por consulta |
| **Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)** | **$0-$150** por procedimiento | **$300** por procedimiento |
| **Consultas médicas**<br>• Proveedores de atención primaria | **$0** | **$0** |
| • Especialistas* | **$0** | **$0** |
| **Atención preventiva***<br>Consulte la **EOC** para obtener más información. | **$0** | **$0** |
| **Atención de emergencia**<br>Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo. | **$150** por visita al Departamento de Emergencias | **$150** por visita al Departamento de Emergencias |
| **Servicios necesarios con urgencia**<br>Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo. | **$0** | **$0** |

| **Beneficios y primas** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas***<br>• Pruebas de laboratorio<br>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como un electrocardiograma [ECG]) | **$0** | **$0** |
| • Radiografías y ecografías | **$0** | **$20** por visita |
| • Imágenes diagnósticas especializadas (imágenes por resonancia magnética [IRM], tomografías computarizadas [TC] y tomografías por emisión de positrones [TEP]) | **$300** por procedimiento | **$300** por procedimiento |
| **Servicios para la audición**<br>• Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas | **$0** | **$0** |
| • Exámenes para la evaluación y ajuste de audífonos | No está cubierto | **$0** |
| • Asignación para audífonos<br>Nota: Si se inscribe para obtener beneficios suplementarios opcionales, consulte la asignación a continuación en Advantage Plus. | No está cubierto | **$1,000** de asignación por oído, por audífono cada 36 meses. Si el audífono que compra supera los $1,000, usted paga la diferencia.<br>Nota: Es posible que este beneficio de ayuda auditiva no esté disponible el próximo año. |
| **Servicios dentales***<br>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico:<br>• Exámenes bucales (cada 1 a 3 años calendario, según el tipo)<br>• Profilaxis (limpiezas), mantenimiento periodontal o raspado en presencia de inflamación gingival generalizada (2 servicios en total por año calendario)<br>• Raspado y alisado radicular periodontal (1 por cuadrante cada 2 años calendario) | **$0** | **$0** |

| **Beneficios y primas** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| • Radiografías (cada 1 a 3 años calendario, según el tipo)<br>• Tratamientos con fluoruro (2 por año calendario)<br>• Tratamiento paliativo del dolor dental (1 consulta al día)<br>Consulte la **EOC** para obtener más información.<br>Delta Dental of California y su Programa dental de la HMO de DeltaCare USA proporcionan la atención dental. Para obtener información sobre proveedores dentales, consulte la página “Encuentre un dentista” de la red Medicare de DeltaCare USA visitando www1.deltadentalins.com/kaiser-ca.<br>Nota: Si se inscribe para recibir beneficios suplementarios adicionales, recibe beneficios dentales adicionales (consulte Advantage Plus para obtener más información). | | |
| **Servicios para la vista**<br>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos | • **$0** con un optometrista<br>• **$0** con un oftalmólogo* | • **$0** con un optometrista<br>• **$0** con un oftalmólogo* |
| • Exámenes rutinarios de los ojos | **$0** | **$0** |
| • Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética | **$0** | **$0** |
| • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas* | **$0** hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite. | **$0** hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite. |
| • Otros artículos para la visión*<br>Nota: Si se inscribe para obtener beneficios suplementarios opcionales, consulte la asignación a continuación en Advantage Plus. | No está cubierto | Asignación de **$250** cada 24 meses. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de $250, usted paga la diferencia.<br>Nota: Es posible que este beneficio de artículos para la visión no esté disponible el próximo año. |

| **Beneficios y primas** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Servicios de salud mental**<br>• Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*<br>No hay límite para la cantidad de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico. | **$160** por día durante los días 1 a 5 (**$0** durante el resto de su estancia), por hospitalización | **$350** por día durante los días 1 a 5 (**$0** durante el resto de su estancia), por hospitalización |
| • Terapia grupal para pacientes ambulatorios | **$0** | **$0** |
| • Terapia individual para pacientes ambulatorios | **$0** | **$0** |
| **Centro de enfermería especializada*** Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios. | Por periodo de beneficios:<br>• **$0** para los días del 1 al 20<br>• **$221** por día, los días 21–100 | Por periodo de beneficios:<br>• **$0** para los días del 1 al 20<br>• **$221** por día, los días 21–100 |
| **Fisioterapia**† | **$0** | **De $0 a $15** por consulta |
| **Ambulancia** | **$350** por viaje de ida | **$350** por viaje de ida |
| **Transporte**<br>**No de rutina:** El transporte necesario desde el punto de vista médico y que no es de emergencia hacia su casa (dentro de un radio de 100 millas), un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, 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, **cuando lo ordena un proveedor.** Consulte la **EOC** para obtener más detalles. | **$0** | **$0** |
| **Medicamentos de Medicare Parte B**<br>Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la **EOC** para obtener más información.<br>• Medicamentos que debe administrar un profesional del cuidado de la salud | Coseguro del **0 % al 20 %** según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación. | Coseguro del **0 % al 20 %** según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación. |

| Beneficios y primas | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| • Suministro de hasta 30 días de una farmacia del plan | • **$0** por medicamentos genéricos<br>• **$47** por medicamentos de marca, excepto que paga **$35** por los medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de un artículo de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). | • **$0** por medicamentos genéricos<br>• **$47** por medicamentos de marca, excepto que paga **$35** por los medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de un artículo de DME. |

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

†Es posible que se requiera autorización previa.

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

- El plan en el que se inscriba (Los Angeles and Orange Counties o Los Angeles and Orange Counties Value).
- El nivel en el que se encuentra su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D en **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 a 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: Un suministro mayor a 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 para pedido por correo. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentra (etapa de deducible, de cobertura inicial o de cobertura para catástrofes).

Nota: Medicare ofrece Extra Help para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, es posible que no le corresponda pagar los costos compartidos que se indican a continuación. En su lugar, consulte la **Cláusula de la EOC para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados.**

## Etapa de deducible

Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso, y usted 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 sus gastos de bolsillo alcancen los **$2,400**. Si alcanza el límite de $2,400 en 2027, pasará a la etapa de cobertura para catástrofes, y su cobertura cambiará.

| **Nivel del medicamento** | **Farmacia minorista del plan** | | |
|---|---|---|---|
| | 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** (medicamentos de marca preferidos) | **$47** | **$94** | **$141** |
| **Nivel 4** (medicamentos no preferidos) | **$100** | **$200** | **$300** |
| **Nivel 5** (medicamentos especializados) | **30 %** | | |
| **Nivel 6*** (vacunas de la Parte D) | **$0** | **N/A** | |

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

| **Nivel del medicamento** | **Farmacia de orden por correo del plan** | | |
|---|---|---|---|
| | 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** (medicamentos de marca preferidos) | **$47** | **$94** | |
| **Nivel 4** (medicamentos no preferidos) | **$100** | **$200** | |
| **Nivel 5** (medicamentos especializados) | **30 %** | | |

Nota: Los medicamentos del nivel 6 (vacunas de la Parte D) no están disponibles mediante el servicio de farmacia por correo.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** Usted no pagará más de **$35** por un suministro para un mes, **$70** por un suministro para dos meses o **$105** por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costos compartidos.

### Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre gastan **$2,400** en medicamentos recetados de la Parte D durante 2027, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. Si alcanza la etapa de cobertura para catástrofes, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año.

### 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 compra los medicamentos en la farmacia del centro, paga lo mismo que en una farmacia de tienda del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos para **infusiones en el hogar** de la Parte D con cobertura se proporcionan sin cargo en una farmacia de infusiones en el hogar del plan.
- Si obtiene medicamentos cubiertos de la Parte D de una **farmacia fuera del plan**, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan y puede obtener hasta un suministro para 30 días. Por lo general, brindamos cobertura para los medicamentos surtidos en una farmacia que no pertenece al plan únicamente cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Consulte la **EOC** para obtener más información.

## Advantage Plus (beneficios adicionales opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, puede elegir comprar un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura extra por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Consulte la **EOC** para obtener más información.

*Es posible que el proveedor del plan deba proporcionar un referido.

| **Beneficios y primas de Advantage Plus** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Prima mensual adicional** | **$17** | **$17** |
| **Asignación para artículos para la visión*** <br> Asignación cada 24 meses <br> Nota: Es posible que este beneficio de artículos para la visión no esté disponible el próximo año. | **$300** de asignación. Si su artículo para la visión cuesta más de $300, usted paga la diferencia. | Se añade una asignación de **$300** a la asignación de **$250** que se describió anteriormente en “Servicios para la vista”. <br> Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de **$550**, usted paga la diferencia. |

| **Beneficios y primas de Advantage Plus** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Audífonos**<br>• Evaluación y ajustes de los audífonos | **$0** | **$0** |
| • Asignación cada 36 meses<br>Nota: Es posible que este beneficio de ayuda auditiva no esté disponible el próximo año. | **$1,000** de asignación por oído, por audífono. Si sus audífonos cuestan más de $1,000 por oído, usted paga la diferencia. | Se añade una asignación de **$1,000** por oído, por audífono a la asignación de **$1,000** descrita anteriormente en “Servicios para la audición”.<br>Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de **$2,000** por oído, usted paga la diferencia. |
| **Servicios dentales***<br>Servicios dentales adicionales de diagnóstico y prevención.<br>Los servicios dentales integrales incluyen:<br>• servicios de restauración,<br>• servicios de endodoncia,<br>• servicios de periodoncia,<br>• servicios de prostodoncia,<br>• servicios de cirugía bucal,<br>• servicios de implantes.<br>Consulte la **EOC** para obtener más información.<br>Delta Dental of California y su Programa dental de la HMO de DeltaCare USA proporcionan la atención dental. Para obtener información sobre proveedores dentales, consulte la página “Encuentre un dentista” de la red Medicare de DeltaCare USA visitando **www1.deltadentalins.com/kaiser-ca**. | El costo compartido varía según el servicio dental. Consulte la **EOC** para obtener más información. | El costo compartido varía según el servicio dental. Consulte la **EOC** para obtener más información. |

# Beneficios adicionales

| **Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| **Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass®**<br>Tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye:<br>• Una gran red de gimnasios principales y de nivel superior que incluye centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios exclusivos. Puede acudir a cualquier centro dentro de la red.<br>• Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y disponibles al instante para practicar en el hogar.<br>• Clubes sociales y actividades disponibles en la aplicación móvil y en el sitio web para miembros de One Pass.<br>• Un kit anual de acondicionamiento físico en el hogar para ejercicios de fuerza, yoga o baile.<br>• Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro.<br>Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite **YourOnePass.com** o llame al **1-877-614-0618** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m. | **$0** | **$0** |
| **Artículos de venta libre (OTC)**<br>Usted recibirá una tarjeta de Healthy Extras precargada con la asignación trimestral indicada a la derecha para comprar artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) | **$0** hasta la asignación trimestral de **$40** de su plan. | **$0** hasta la asignación trimestral de **$60** de su plan. |

| **Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:** | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Plan**, usted paga | Con nuestro **Los Angeles and Orange Counties Value Plan**, usted paga |
|---|---|---|
| elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. La parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al siguiente trimestre.<br>Nota: No se puede usar la tarjeta de beneficios adicionales para pagar propinas o cuotas (tales como las cuotas de entrega o de envío).<br>Para obtener más información, consulte la **EOC**, visite **mybenefitscenter.com** o llame al **1-833-524-7035** (TTY **711**), 7 días a la semana, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico (Pacific Standard Time, PST). | | |

# Descuentos para miembros en productos y servicios

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

**Lively™ Mobile Plus**

Obtenga un sistema personal de respuesta ante emergencias que proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo pulsar un botón. Reciba un precio único reducido por el dispositivo y la elección de dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse límites de cobertura). Visite **shop.lively.com/pages/kp** o llame al **1-800-205-6548** (TTY **711**) para obtener más información, de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico (Pacific Time, PT), y los fines de semana, de 6 a. m. a 5 p. m. PT.

**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 tareas domésticas básicas. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación gratuita sobre la seguridad en su hogar. Visite **comfortkeepers.com/kaiser-permanente** o llame al **1-800-611-9689** (TTY **711**) para obtener más información, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

miembros de Kaiser Permanente obtienen precios reducidos y envíos sin costo de Mom's Meals. Visite **momsmeals.com/kaiser** o llame al **1-866-224-9483** (TTY **711**) para obtener más información, de lunes a viernes, de 5 a. m. a 4 p. m PST.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden seguir usando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles con los socios antes mencionados. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni se garantizan según nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa 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 empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

# Quiénes pueden inscribirse

Usted puede inscribirse en uno de nuestros planes si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Parte B. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano que cumple los requisitos.
- Vive en el área de servicio de estos planes, que incluye **todo el condado de Orange y todo el condado de Los Angeles, excepto Catalina Island.**

# Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se indican en este documento y en la **Evidencia de Cobertura** si:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que aparecen en nuestro **Directorio de proveedores** y **Directorio de farmacias.** Sin embargo, hay excepciones a esta regla. Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:
    - atención de proveedores del plan en otra región de Kaiser Permanente
    - Atención de emergencia
    - atención de diálisis fuera del área
    - atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores que no pertenecen al plan)
    - referencias a proveedores que no pertenecen al plan si recibió aprobación escrita de nuestro plan por adelantado (autorización previa)

    Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguros cuando recibe la atención cubierta mencionada de proveedores que no pertenecen al plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, debe pagar el costo total.

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

# Obtener atención

En general, en la mayoría de los centros de atención del plan, puede recibir todos los servicios cubiertos que necesite, lo que incluye atención especializada, servicios de farmacia y análisis 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 encontrar las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte el **Directorio de proveedores** o el **Directorio de farmacias** en **kp.org/directory** (haga clic en "Español"), o solicite 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

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

## Su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará servicios de atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales se desempeñan en el área de medicina interna o medicina familiar. 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** (haga clic en “Español”).

## Ayuda para el manejo de afecciones

Si actualmente tiene más de una condición médica y necesita ayuda para administrar su atención, podemos brindársela. Nuestros programas de administración de casos permiten que enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal trabajen juntos para ayudarle a controlar sus condiciones. El programa brinda información y enseña habilidades de cuidado personal. Si le interesa el programa, pídale más información a su médico personal.

# Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos en medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales a lo largo del año. Este programa está disponible para cualquier persona que tenga Medicare Parte D y funciona con su cobertura de medicamentos. Puede ser especialmente útil para quienes tengan costos compartidos altos de medicamentos al principio del año del plan y ayuda a administrar los gastos de bolsillo en medicamentos, pero no ayuda a ahorrar dinero ni a reducir los costos en medicamentos. Comuníquese con nosotros o visite **medicare.gov** para obtener más información sobre este programa.

# Avisos

## Apelaciones y quejas formales

Para solicitarnos que le brindemos o paguemos un artículo o servicio que cree que debería estar cubierto, puede enviarnos un reclamo dentro de un periodo específico que incluya la fecha en que recibió el artículo o servicio. Si le respondemos que no, puede pedirnos que reconsideremos la decisión. A esto

se le llama apelación. Puede pedir una decisión acelerada si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

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

## Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Sur de California, es una corporación 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 diferentes beneficios, copagos, coseguros, primas y áreas de servicio. 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** (haga clic en “Español”) para obtener más información.

# Definiciones útiles (glosario)

**Año calendario**

El año que comienza 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**

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

**Autorización previa**

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

**Copago**

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

**Coseguro**

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

**Deducible**

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

**Evidencia de Cobertura**

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

**Farmacia minorista del plan**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados. Estas farmacias normalmente se encuentran en los consultorios médicos del plan.

**Gasto máximo de bolsillo**

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

**Necesario desde el punto de vista médico**

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

**Periodo de beneficios**

Manera en la que medimos el uso de los servicios de los centros de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF), y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados o atención en un SNF. El periodo de beneficios no está relacionado con el año calendario. La cantidad y la duración de los periodos de beneficios no tienen límite.

**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 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. Para obtener información actualizada sobre las ubicaciones de Kaiser Permanente en la región, visite **kp.org** (haga clic en “Español”)**.**

**Proveedor del plan**

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

Kaiser Permanente es un plan de una HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, el plan o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) pueden elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

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

**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 empresa sin fines de lucro y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO).

## 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**

# Notice of Language Assistance

**English: ATTENTION.** Timely 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 الفورية 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 أيضًا طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء (Member Services) 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:** Ժամանակին տրամադրվող 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 (Member Services): 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**。我们可及时提供免费语言协助。您可以要求获取口译服务，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 (Member Services) 以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括 D-SNP：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点
- 加州医疗保健辅助计划：**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 بموقع 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 می توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای (Member Services) 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।** समय पर दी जाने वाली भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंगुवेज 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 (Member Services) 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 ncav sij hawm 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 ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab (Member Services). Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnub 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 hnub hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij

**Japanese: ご注意。**必要に応じた言語サポートを、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 (Member Services) は主要な休日では営業しておりません。

- 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។**
ជំនួយភាសាទាន់ពេលវេលាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្ទាប សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក (Member Services) របស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ 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.** 시기적절한 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 (Member Services) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 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.** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຢ່າງທັນເວລາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກ (Member Services) ຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສຳຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- 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 jiepv sih liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx hingh mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih corc 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'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hluo, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn Ziux Goux Baengc Mienh Nyei Dorngx (Member Services) 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'nyeic 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: YÁ'ÁDÍÍŁTĮĮH.** T'áá Áko T'áá Ałtso K'ad Díí T'áá Bíní'dée'go Bizaad Bee Na'anish Bééhózin, Doo Béeso Bee Na'al'a' Da. Tł'éé'góó tł'ízí'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaaígíí, t'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí. T'á'ii éí tł'éé'góó tł'ízí'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'éé' bik'eh dah na'ałkaígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí bikáa' dah na'ałkaígíí t'áá ałtso bik'eh dah deidiyós. Nihí Diné Bináhásdzą́ Baa Anáál'įį'ígíí Na'anish (Member Services) Bá Haz'ą́ Bii' Bee Áká Shich'į' Hodiilnih. Dinéełchí Na'anish Bá Haz'ą́ Éí 'Ayóó'át'éego Niheezhch'įįhgo Yáá'ah Nits'ááh Daaztsáál.

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

**Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ।** ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੁਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ 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 ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁਟੀਆਂ 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 и своевременные 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 (Member Services) 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 oportuna 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 (Member Services) para pedir ayuda. 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 otros: **1-800-788-0616** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Tagalog: PAUNAWA.** May magagamit na mabilis 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 (Member Services) 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 lingo

**Thai: ส่งถึง** มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาแก่ท่านแบบทันทีโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก (Member Services) ของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ 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!** Своєчасні 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 (Member Services). 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 kịp thời, 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 (Member Services) 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