

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

# 2025 Resumen de Beneficios

---

Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD Plan  
(HMO-POS)

*Este plan incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.*



# Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD. Puede usar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre lo siguiente:

- primas;
- beneficios y costos;
- medicamentos recetados de la Parte D;
- beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus);
- beneficios adicionales, incluidos los beneficios de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS);
- descuentos para miembros en productos y servicios;
- quiénes pueden inscribirse;
- reglas de la cobertura;
- cómo recibir 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 1 plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus con cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. No incluye todo lo que está o no está cubierto, ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web, en [kp.org/eocmasma](http://kp.org/eocmasma) (haga clic en “Español”), o solicite una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

También ofrecemos un plan sin cobertura de medicamentos de la Parte D. Si quiere obtener información sobre nuestro otro plan, llame al **1-877-408-8607 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, o ingrese a [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (haga clic en “Español”).

El plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus tiene un beneficio de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS). “Punto de servicio” significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. No todos los servicios están cubiertos por el beneficio de POS. Los servicios cubiertos por el POS se detallan en la sección “Beneficios adicionales” y también en la **EOC**.

### ¿Tiene preguntas?

- Si no es miembro de Kaiser Permanente, llame al **1-877-408-8607 (TTY 711)**.
- Si es miembro de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros, al **1-888-777-5536 (TTY 711)**.
- Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

## Qué incluye la cobertura y cuánto cuesta

\* Es posible que el proveedor del plan deba proporcionar una referencia.

† Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Lo que usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$27</b>
<b>Deducible</b>	<b>\$0</b>
<b>Su gasto máximo de bolsillo</b> Incluye los copagos y otros gastos por servicios médicos para el año. No incluye los medicamentos de Medicare Parte D.	<b>\$7,500</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límite para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	<b>\$375</b> por día, del día 1 al 6 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$325</b> por consulta
<b>Centro de cirugía ambulatoria*†</b>	<b>\$325</b> por consulta
<b>Consultas con el médico</b>	
• Proveedores de atención primaria	<b>\$10</b> por consulta
• Especialistas*†	<b>\$45</b> por consulta
<b>Atención preventiva</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal*†</li> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en la sangre</li> <li>• Mediciones de la masa ósea*†</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares*†</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario, colonoscopias, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles y pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples)*†</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco</li> <li>• Pruebas de detección de la depresión</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>

Beneficios y primas	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección de la hepatitis C</li> <li>• Pruebas de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> <li>• Servicios de terapia nutricional médica*†</li> <li>• Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</li> <li>• Terapia del comportamiento para la obesidad</li> <li>• Consulta preventiva única de "Bienvenido a Medicare"</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Vacunas, incluidas las vacunas contra el COVID-19, contra la gripe, contra la hepatitis B y contra el neumococo</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> </ul>	
<p><b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$110</b> por consulta en el Departamento de Emergencias</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b> Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$45</b> por visita al consultorio</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p><b>\$50</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>	<p><b>\$50</b> por procedimiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)</li> </ul>	<p><b>\$200</b> por procedimiento</p>

Beneficios y primas	Lo que usted paga
<b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	\$45 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (asignación por oído cada tres años)</li> </ul> Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte la sección “Advantage Plus” para obtener más detalles).	<b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono que compra supera los \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de atención dental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental preventiva</li> </ul>	<b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro al año, 1 radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida al año).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales. Nota: Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el límite de beneficios es mayor (consulte la sección “Advantage Plus” para obtener más detalles).	<b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,500 (límite anual de beneficios)</b> . Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.
<b>Servicios para la vista*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos</li> <li>Exámenes rutinarios de la vista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$10</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$45</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética</li> </ul>	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare, y usted paga los montos que superen dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la vista (asignación cada dos años)</li> </ul> Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte la sección “Advantage Plus” para obtener más detalles).	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$250, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	Usted paga <b>\$335</b> por día, del día 1 al 6 (\$0 por el resto de su estancia).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$10 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$20 por consulta

Beneficios y primas	Lo que usted paga
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$203</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*†</b>	<b>\$45</b> por consulta
<b>Ambulancia†</b>	<b>\$350</b> por viaje de ida o vuelta
<b>Transporte</b>	<b>Sin cobertura</b>
<b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles y el <b>Directorio de Farmacias</b> para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándar del plan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que debe administrar un profesional del cuidado de la salud</li> </ul>	Coseguro del <b>0 % al 20 %</b> según el medicamento. Para algunos medicamentos, puede ser menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan el monto de inflación.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$15</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia preferida del plan. Excepción: usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B administrados mediante un equipo médico duradero.</li> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan. Excepción: usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B administrados mediante un equipo médico duradero.</li> </ul>

## Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

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

- El nivel en el que se encuentra su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos cubiertos de la Parte D en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros, al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y solicite una copia.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 o 90 días). Tenga en cuenta que el suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surte su medicamento (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestro servicio de farmacia por correo). Para saber dónde se ubican nuestras farmacias, consulte el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory) (haga clic en “Español”). 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 Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, es posible que no le corresponda pagar los costos compartidos que se indican a continuación. En su lugar, consulte la **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados**.

## Etapa de deducible

No se aplica ningún deducible a los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6, y usted comienza el año en la etapa de cobertura inicial. Existe una etapa de deducible para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, y usted debe pagar el costo total de esos medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible de **\$150**. Una vez que haya alcanzado el deducible, pasará a la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster o el tétanos, y las vacunas para viajeros.

## 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 **\$2,000**. Si alcanza el límite de \$2,000 en 2025, 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 90 días	
	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Farmacia preferida	Farmacia estándar
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$5	\$10	\$10	\$20	\$15	\$30
Nivel 2 (genéricos)	\$15	\$20	\$30	\$40	\$45	\$60
Nivel 3* (de marca preferidos)	\$47		\$94		\$141	
Nivel 4* (medicamentos no preferidos)	\$100		\$200		\$300	
Nivel 5* (especializados)	31 %					
Nivel 6** (vacunas)	\$0		\$0		N/C	

\* Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, usted no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro de 31 a 60 días y **\$105** por un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

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

Nivel del medicamento	Servicio de farmacia por correo del plan		
	Suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
<b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos)	<b>\$5</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b> (genéricos)	<b>\$15</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos)	<b>\$47</b>	<b>\$94</b>	<b>\$94</b>
<b>Nivel 4*</b> (medicamentos no preferidos)	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$200</b>
<b>Nivel 5*</b> (especializados)	<b>31 %</b>		

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

\* Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, usted no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro de 31 a 60 días, **\$94** por a un suministro de 61 a 90 días de medicamentos del nivel 3 y **\$105** por un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de los niveles 4 y 5, independientemente del nivel.

## Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre gastan **\$2,000** en medicamentos recetados de la Parte D durante 2025, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llegan a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D en 2025.

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

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

## Advantage Plus (beneficios 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. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

\* Es posible que el proveedor del plan deba proporcionar una referencia.

† Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus	Lo que usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$18</b>
<b>Asignación adicional de artículos para la vista*†</b> Cada 24 meses, se agregan \$275 a la asignación de artículos para la vista que se describió anteriormente en “Servicios para la vista”.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de \$525, <b>usted paga la diferencia</b> .
<b>Audífonos*†</b> Cada 3 años, se agregan \$1,000 a la asignación de audífonos descrita anteriormente en “Servicios de audición” para la compra de 1 audífono por oído.	Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$2,000 por oído, <b>usted paga la diferencia</b> .
<b>Servicios dentales integrales†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite anual de beneficios de \$500 a la asignación para atención dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</li> <li>• Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</li> </ul>	Coseguro del <b>50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$2,000 (límite anual de beneficios combinado)</b> . Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,000 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Lo que usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$23</b>
<b>Servicios dentales integrales†</b> Cada año, se agrega un límite anual de beneficios de \$1,000 a la asignación para atención dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.	<b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$2,500 (límite anual de beneficios combinado)</b> . Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año. Si se inscribe en las opciones 1 y 2, los beneficios se combinan, por lo que obtiene un límite anual de beneficios de \$1,500, además de la asignación para atención dental integral de su plan descrita anteriormente en “Servicios dentales”.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Lo que usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (asignación para acondicionamiento físico)</b>  Recibe una asignación anual (un año calendario) de hasta <b>\$400</b> para gastar en servicios cubiertos relacionados con la salud. Algunos de los artículos cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifas de entrenamiento personal.</li> <li>• Tarifas de clases de acondicionamiento físico no incluidas en una membresía básica de One Pass (p. ej., yoga o pilates).</li> <li>• Tarifas de centros de acondicionamiento físico fuera de la red (p. ej., gimnasios, estudios de acondicionamiento físico, gimnasios de escalada).</li> <li>• Tarifas de clases adicionales dentro de la red de One Pass que superen la membresía básica de One Pass (p. ej., <i>spinning</i>).</li> <li>• Membresías en clubes de deportes con raqueta (p. ej., tenis o <i>pickleball</i>).</li> </ul> <p>A los miembros se les reembolsarán los gastos cubiertos. Los montos que no se usen no se transfieren al año siguiente. Para obtener más información, consulte la <b>EOC</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta la asignación anual de <b>\$400</b>. Si las tarifas y los servicios que compra superan los \$400, usted paga la diferencia.</p>
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</b>  Tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 de la red.</li> <li>• Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y disponibles al instante para practicar en el hogar.</li> <li>• Clubes sociales y actividades disponibles en la aplicación móvil y en el sitio web para miembros de One Pass.</li> <li>• Un kit anual de acondicionamiento físico en el hogar para ejercicios de fuerza, yoga o baile.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Lo que usted paga
<p>Para obtener más información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, sobre los beneficios del programa o sobre cómo configurar su cuenta en línea, visite <b>YourOnePass.com</b> o llame al <b>1-877-614-0618</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p>	
<p><b>Artículos de venta libre</b></p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser de \$20. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <b>kp.org/otc/mas</b> (en inglés). Para hacer un pedido por teléfono o solicitar un catálogo impreso por correo, llame al <b>1-833-881-1422</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$100</b>.</p>
<p><b>Beneficios fuera de la red de Care Plus de punto de servicio (POS)</b></p> <p>Cuando se encuentra dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, continua, de rutina o de seguimiento; pruebas y servicios para pacientes ambulatorios, y medicamentos de la Parte B obtenidos de proveedores de Medicare fuera de la red, mientras no superen un máximo de beneficios de <b>\$1,500</b> en cargos cubiertos por el plan, por año calendario. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de atención primaria y especializada.</li> <li>• Consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Consultas de fisioterapia.</li> <li>• Pruebas y servicios para pacientes ambulatorios, como análisis de laboratorio, radiografías y ultrasonidos.</li> <li>• Medicamentos de Medicare Parte B.</li> </ul>	<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite anual de beneficios de <b>\$1,500</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> por consulta de atención especializada.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• <b>\$50</b> por servicio para radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas básicas.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta para pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, lipoproteínas de baja densidad e índice internacional normalizado, que tienen un costo de \$0.</li> <li>• <b>\$50</b> por prueba de electrocardiogramas, monitoreo con Holter y electroencefalogramas.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de atención primaria.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de terapia individual y <b>\$15</b> por consulta de terapia de grupo para atención de salud mental.</li> <li>• <b>\$10</b> para extracción de sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• <b>\$0</b> para consultas de atención preventiva.</li> </ul>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Lo que usted paga
<p>Para conocer los detalles de la cobertura, incluida una lista completa de servicios cubiertos, y saber cómo encontrar un proveedor elegible, programar una cita y hacer reclamos, consulte la tabla de beneficios médicos, en la sección 2.2 del capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga del <b>0 % al 20 % de la lista de precios del proveedor</b> por medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o una clínica. Para algunos medicamentos, puede ser menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan el monto de inflación.</li> </ul> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de <b>\$1,500</b> por año calendario, usted paga cualquier monto que supere el monto máximo de beneficios.</p>

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

## Descuentos para miembros en productos y servicios

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

### Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema personal de respuesta ante emergencias que proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo pulsar un botón. Reciba un precio único reducido por el dispositivo y la elección de dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse límites de cobertura). Visite [greatcall.com/KP](http://greatcall.com/KP) o llame al **1-800-205-6548 (TTY 711)** para obtener más información.

### CareLinx

Kaiser Permanente se ha asociado a CareLinx para brindarle un descuento cuando contrata ayuda no médica en el hogar para las actividades de la vida diaria. El cuidador puede ayudarle a mantener una vida independiente dentro de su propio hogar. Le brindará apoyo con tareas domésticas ligeras, preparación de comidas, compañía y mucho más.

Visite [carelinx.com/kp-affinity](http://carelinx.com/kp-affinity) o llame sin costo al **1-844-636-4592** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y los fines de semana de 9 a. m. a 5 p. m. (hora estándar de la montaña).

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

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

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

Una nutrición adecuada es esencial para conseguir y mantener una buena salud. 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 [www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx](http://www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx) o llame al **1-866-224-9483** (TTY **711**) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden seguir usando o 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 Medicare 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

Puede inscribirse en este plan si:

- 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 residente legal de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, que incluye los siguientes condados de Maryland: Howard y Montgomery.

## 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 se mencionan en el **Directorio de Proveedores (Provider Directory)** y el **Directorio de Farmacias (Pharmacy Directory)**. Sin embargo, hay excepciones a esta regla. También cubrimos:
  - atención de proveedores del plan en otra región de Kaiser Permanente;
  - la atención que cubre el beneficio de punto de servicio de Care Plus (consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información);
  - atención de emergencia;
  - atención para diálisis fuera del área;
  - atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores que no pertenecen al plan);

- referencias a proveedores que no pertenecen al plan si recibió aprobación escrita de nuestro plan por adelantado (autorización previa).

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguros del plan cuando recibe la atención cubierta antes 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 cobertura, incluidos los servicios no cubiertos (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Cómo recibir 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. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte el **Directorio de Proveedores** o el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory) (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. para pedirnos que le enviemos una copia.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

## Su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará servicios de atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales se desempeñan en el área de medicina interna o medicina familiar. Debe elegir a uno de los proveedores del plan disponibles como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Para elegir un médico o cambiarlo, llame a Servicio a los Miembros o ingrese en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

## Ayuda para controlar condiciones médicas

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 nueva opción de pago para 2025 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](http://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. Esto se llama “apelación”. Puede pedir una decisión acelerada si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

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

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

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

## Privacidad

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

# Definiciones útiles (glosario)

## Asignación

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

## Periodo de beneficios

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

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

## Año calendario

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

## Coseguro

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

## Copago

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

## Deducible

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.

## HMO-POS

Un plan de HMO-POS es un plan de organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) que cuenta con un beneficio de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS). "Punto de servicio" significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan para determinados servicios por un costo adicional.

## Gasto máximo de bolsillo

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

## Medicamento necesario

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

## Proveedor que no pertenece al plan

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

## Plan

Kaiser Permanente Medicare Advantage.

**Prima del plan**

Monto que paga por su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

**Proveedor del plan**

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

**Farmacia preferida**

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

**Autorización previa**

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

**Región**

Una organización de Kaiser Foundation Health Plan. Tenemos regiones de Kaiser Permanente ubicadas en el norte y sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D. C.

**Farmacia minorista del plan**

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

**Farmacia estándar**

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

**Área de servicio**

Área geográfica donde ofrecemos los planes Kaiser Permanente Medicare Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en una de las áreas de servicio de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Kaiser Permanente es un plan de HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción en 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 **es.medicare.gov** o pedir una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales sobre derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo. Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de derechos civiles. Para ello, escriba a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o llame a Servicio a los Miembros al número que se mencionó anteriormente. Puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



**Hoja de información en múltiples idiomas**  
**Servicios de interpretación en varios idiomas**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-777-5536** (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you.  
This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-888-777-5536** (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-888-777-5536** (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-888-777-5536** (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-888-777-5536** (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-888-777-5536** (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-888-777-5536** (TTY 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-888-777-5536** (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-888-777-5536 (TTY 711)**. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-888-777-5536 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जबाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-888-777-5536 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-888-777-5536 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。







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

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States  
2101 East Jefferson Street  
Rockville, MD 20852

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. Una empresa sin fines de lucro y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO).