

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

# 2019

# Resumen de

# Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal  
North Plan (HMO SNP)



## Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan; este incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Quién puede inscribirse
- Reglas de cobertura
- Cómo obtener atención médica

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

### Para obtener más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para conocer los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) o pedir una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).

Para consultar un resumen de los beneficios de Medicaid, vea el "Resumen de Beneficios con cobertura de Medicaid" en la **EOC** (Capítulo 4).

### ¿Tiene alguna pregunta?

- Si usted no es miembro, por favor llame al **1-800-777-1238** (TTY **711**).
- Si usted es miembro, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**).
- Los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

## Qué está cubierto y cuánto cuesta

\*Es posible que su proveedor del plan tenga que proporcionar una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional o <b>\$33.40</b> si no reúne los requisitos
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de gastos máximos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No incluye los medicamentos de Medicare Parte D.	<b>\$3,400</b>
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados*†</b> No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	<b>\$0</b>
<b>Cobertura para pacientes ambulatorios</b>	<b>\$0</b>
<b>Consultas médicas</b> Proveedores de atención primaria y especialistas*	<b>\$0</b>
<b>Atención preventiva*</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$0</b>
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$0</b>
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b>	<b>\$0</b>
<b>Servicios para la audición*</b> Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas	<b>\$0</b>
<b>Servicios dentales</b> Cobertura dental preventiva e integral	<b>\$0</b>
<b>Servicios para la vista*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo</li> <li>• exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• examen de detección preventivo del glaucoma</li> <li>• prueba anual para detectar la retinopatía diabética</li> </ul>	<b>\$0</b>

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata</li> </ul>	<b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>otros artículos para la visión (asignación de \$300 cada 12 meses)</li> </ul>	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$300, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental</b> Terapia grupal e individual para pacientes ambulatorios	<b>\$0</b>
<b>Instalación de enfermería especializada†</b> Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios.	<b>\$0</b>
<b>Fisioterapia*</b>	<b>\$0</b>
<b>Ambulancia</b>	<b>\$0</b>
<b>Transporte</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Un número limitado de medicamentos de Medicare Parte B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>

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

La mayoría de las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Medicare ofrece Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, el deducible y el coseguro que se mencionan a continuación no aplican para usted; en lugar de eso, consulte la **Cláusula de la Evidencia de Cobertura sobre Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados.**

Es posible que reciba un suministro hasta para 100 días de una farmacia del plan, incluida nuestra farmacia de pedidos por correo, excepto lo que se indica a continuación:

- Un suministro mayor a 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Si recibe cobertura de medicamentos de la Parte D de una farmacia fuera del plan, usted paga lo mismo que en una farmacia del plan y puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera del plan únicamente cuando no puede utilizar una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura.**

## Etapa del deducible

Debe pagar el costo total por los medicamentos de la Parte D hasta que haya gastado **\$415** en sus medicamentos en 2019. Luego pasa a la etapa de cobertura inicial.

## Etapa de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga el **25%** del coseguro por sus medicamentos de la Parte D hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los **\$3,820**. (El costo total anual de los medicamentos son los montos que paga usted y cualquier plan de la Parte D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$3,820, pasará al periodo de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

## Etapas del periodo de intervalo en la cobertura y de la cobertura ante catástrofes

La etapa del periodo de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gasta **\$3,820** en sus medicamentos durante 2019. Usted paga el **37%** de coseguro por medicamentos genéricos y el **25%** de coseguro más una parte del cargo por dispensación por medicamentos de marca durante esta etapa.

Si gasta **\$5,100** en los costos de sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2019, usted entrará en la etapa de cobertura ante catástrofes. La mayoría de las personas nunca llegan a esta etapa, pero si usted sí lo hace, su coseguro cambiará para el resto del año. Para determinar qué podría pagar durante esta etapa, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Quién puede inscribirse

Puede inscribirse a este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, así como los beneficios completos de Medicaid. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estos son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- No tiene insuficiencia renal crónica en fase terminal (IRCT), excepto si su IRCT se desarrolló cuando usted ya era miembro de uno de nuestros planes o era miembro de un plan diferente que se canceló.
- Usted vive en el área de servicio de este plan, que incluye todo **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano y Stanislaus. También incluye y partes de estos condados** únicamente en los siguientes códigos postales:
  - **Condado de Amador:** 95640 y 95669
  - **Condado de El Dorado:** 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, y 95762
  - **Condado de Fresno:** 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, y 93888

- **Condado de Kings:** 93230, 93232, 93242, 93631, y 93656
- **Condado de Madera:** 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, y 93720
- **Condado de Mariposa:** 93601, 93623, y 93653
- **Condado de Placer:** 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, y 95765
- **Condado de Santa Clara:** 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, y 95196
- **Condado de Sonoma:** 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, y 95492
- **Condado de Sutter:** 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, y 95836–37
- **Condado de Tulare:** 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, y 93673
- **Condado de Yolo:** 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, y 95798–99
- **Condado de Yuba:** 95692, 95903, y 95961

## Reglas de la cobertura

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

- Los servicios o artículos son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores que aparecen en nuestro **Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. También cubrimos:

- Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente
- Atención de emergencia
- Atención de diálisis fuera del área
- Atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores fuera del plan)
- Remisiones a proveedores fuera del plan si recibió aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro que pagaría por recibir la atención que se menciona anteriormente con proveedores fuera del plan.

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Cómo obtener atención médica

Generalmente, usted puede obtener, en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, todos los servicios cubiertos que necesite, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Usted no está limitado a usar un centro o una farmacia del plan en particular, de modo que lo invitamos a usar el centro o la farmacia del plan que le resulte más conveniente. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory), o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY 711).

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

## Seleccione su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las remisiones a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También puede elegir a cualquier proveedor del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir o cambiar de médico llamando a Servicio a los Miembros o en [kp.org/mydoctor/connect](http://kp.org/mydoctor/connect).

## Ayuda para administrar afecciones

Si tiene más de 1 afección de salud actualmente y necesita ayuda para administrar su atención, podemos ayudarle. Nuestros programas de administración de casos reúnen a enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de autocuidado. Si está interesado, pida más información a su médico personal.

## Notificaciones

### Apelaciones y quejas

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto. Si negamos la solicitud, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. A esto se le llama una apelación. Puede pedir una decisión rápida si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si el médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene una queja que no es sobre la cobertura, puede presentar una queja formal con nosotros. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Norte de California, es una corporación sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Senior Advantage.



## Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte su **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** en [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy) para obtener más información.

Kaiser Permanente es un plan HMO SNP con contrato de Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, nuestro plan o CMS puede elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**) para obtener más información. Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](http://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**.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al: **711**).

**ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

## Definiciones útiles (glosario)

### Asignación

Una cantidad en dólares que puede utilizar para comprar un artículo. Si el precio del artículo es mayor al de la asignación, usted paga el excedente.

### Periodo de beneficios

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

### Año calendario

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

### Coseguro

Un porcentaje que paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios o medicamentos de venta con receta médica. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20% para un artículo de \$200, pagará \$40.

### Copago

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

### Evidencia de Cobertura

Un documento que explica a detalle sus beneficios del plan y cómo funciona.

**Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo**

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguro cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza los gastos máximos, no tendrá que pagar ningún copago ni coseguro por los servicios que estén sujetos a los gastos máximos durante el resto del año.

**Necesario desde el punto de vista médico**

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

**Proveedor fuera del plan**

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

**Plan**

Kaiser Permanente Senior Advantage.

**Prima del plan**

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

**Proveedor del plan**

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

**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 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 de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington y Washington, D.C.

**Farmacia minorista del plan**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en las oficinas médicas del plan.

**Área de servicio**

El área geográfica donde ofrecemos planes Senior Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en nuestra área de servicio del plan Senior Advantage.

## Lista de Verificación de Preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **1-800-443-0815** (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

### Comprenda los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la **Evidencia de Cobertura (EOC)**, en especial para aquellos servicios por los que acude rutinariamente al médico. Visite [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) o llame al **1-800-443-0815** para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acuda estén en la red. Si no está en la lista, significa que es probable que tenga que elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es posible que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

### Comprenda las Reglas Importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, se toma la prima de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Es posible que los beneficios, las primas y los copagos o coseguros cambien el 1 de enero de 2020.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos servicios que brinden proveedores que no pertenecen a la red (médicos que no están en la lista del directorio de proveedores).
- Este plan es un plan elegible dual de special needs plan (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en que se verifique que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Kaiser Permanente es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.



## Prima Mensual del Plan Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para Pagar los Costos de sus Medicamentos de Venta con Receta

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su Medicare Prescription Drug Plan, su prima mensual del plan será menor que la que sería si no recibiera ayuda adicional de Medicare. El monto de ayuda adicional que obtenga determinará la prima mensual total del plan como miembro de nuestro Plan.

Esta tabla le muestra cuál será su prima mensual del plan si recibe ayuda adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para Medicare Medi-Cal North Plan*
100%	\$0.00
75%	\$0.00
50%	\$0.00
25%	\$0.00

\*Esto no incluye ninguna prima de Medicare Parte B que podría tener que pagar.

La prima de Kaiser Permanente Senior Advantage incluye la cobertura para servicios médicos y de medicamentos de venta con receta.

Si no está recibiendo ayuda adicional, puede ver si califica al llamar a:

- **1-800-Medicare** o al **1-877-486-2048** para usuarios de TTY (las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- Su Oficina Estatal de Medicaid, o
- La Administración de Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**, (TTY: **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., PT.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al: **711**).

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).



## Aviso de no discriminación

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

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - ◆ intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - ◆ información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados
  - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-language Interpreter Services

## English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

**1-800-443-0815** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

## Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

## Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

**1-800-443-0815** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।



### **Cambodian**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

### **Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

### **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

### **Thai**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

### **Farsi**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

### **Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - **1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).





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

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

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Norte de California. Una organización sin fines de lucro y una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO)

 Please recycle.

 KAISER PERMANENTE®