

## **Nondiscrimination Notice**

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## **For Washington Members**

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**አማርኛ (Amharic) መረጃ:** የሚናገሩት ቋንቋ እማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ አርጎቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**中文 (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 **1-800-813-2000 (TTY: 711)**。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، می‌توانید رایگان از خدمات رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با **1-800-813-2000 (711 TTY)** تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**日本語 (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。 **1-800-813-2000 (TTY: 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសា អាចមានសេរីសេរួល គឺអាចមានសំណុំបំណែងកម្ម ឬវីដេអូ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**ລາວ (Laotian) ໃບອະນຸຍາດ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດ້ອະນຸຍາດ, ແລະມີຜົນໄດ້ໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oromiffa, tajaajila qargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਚਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ **1-800-813-2000 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Español (Spanish) ATENCION:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**ไทย (Thai) หมายเหตุ:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.



11 de octubre de 2022

**TO: Todos Los Participantes Y Dependientes Con Cobertura Médica  
Fondo de Salud para Trabajadores Esenciales**

### **Aviso Importante Sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados Y Medicare**

Si tiene o pronto tendrá derecho a Medicare porque, por ejemplo, tiene 65 años o más, tiene una enfermedad renal en etapa terminal o está discapacitado (según lo determine la Administración del Seguro Social), puede ser elegible para la cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare. Este aviso no se aplica a usted si usted no es actualmente, ni pronto será, elegible para Medicare.

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el **Fondo de Salud para Trabajadores Esenciales** (el "Fondo") y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

**Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

- 1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare (conocida como cobertura de la Parte D de Medicare) esta disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Si usted es elegible para la Parte D de Medicare, puede obtener cobertura de la Parte D de Medicare inscribiéndose en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. La Junta de Síndicos del Fondo ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud autoasegurado del Fondo y la opción HMO (Kaiser) se espera, en promedio para todos los participantes del plan, que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.**



### **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?**

Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15<sup>de</sup> octubre al 7<sup>de</sup> diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditables, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

### **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual del Fondo no se verá afectada. Si se le exige que pague una prima por la cobertura del Fondo y elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su prima para la cobertura del Fondo seguirá siendo la misma y no se reducirá porque se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. En otras palabras, mientras tenga cobertura del Fondo, si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, se le pedirá que pague una prima de la Parte D de Medicare además de la prima que ya paga por su cobertura médica bajo el Fondo, que ya incluye la cobertura de medicamentos recetados.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?**

También debe saber que si pierde su cobertura actual del Fondo y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual de la Parte D de Medicare puede aumentar en al menos un 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima de la Parte D de Medicare puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados**

Comuníquese con la Oficina del Fondo al (833) 389-0027 (línea gratuita) si tiene preguntas.

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año y si la cobertura del Fondo cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.



## **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare**

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & Yo". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
  1. Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & Yo" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
  2. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web a [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).**

**Fecha:** 11 de octubre de 2022  
**Nombre del Remitente:** Oregon Essential Workforce Health Care Fund  
**Oficina de Contacto:** Welfare & Pension Administration Service, Inc.  
PO Box 34203, Seattle, WA 98124  
**Número de teléfono:** (833) 389-0027

Adg opeiu#8  
S:\Mailings\NOCC\2022\F43-02\F43-02 - Mailings - 2022 - 10.11 - NOCC - Spanish - Web Version.docx