

SU GUÍA PARA MEDICARE

DE KAISER PERMANENTE PARA 2021

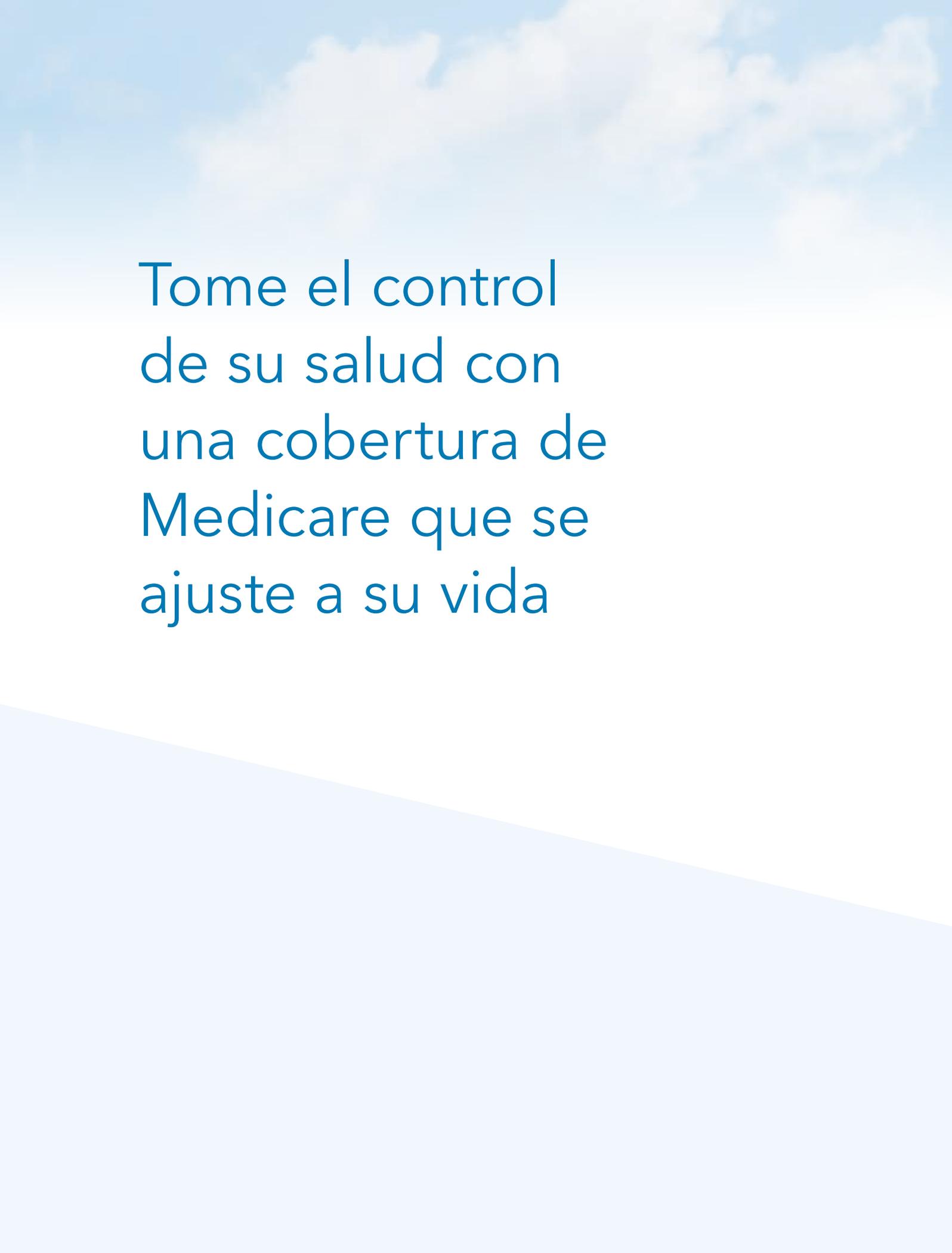


Bienvenido a más



KAISER
PERMANENTE®

Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO)
H2172_20_77SP_M



Tome el control
de su salud con
una cobertura de
Medicare que se
ajuste a su vida

La elección correcta de Medicare comienza entendiendo sus opciones

Sin importar si se inscribe en Medicare por primera vez o si está comparando nuestros planes para encontrar el que mejor se ajuste a sus necesidades, podemos ayudarle a tomar una decisión informada y con confianza.

Esta guía le ofrece información valiosa para ayudarle a elegir la cobertura correcta de Medicare. Le explicaremos las diferentes partes de Medicare, cuánto podrían costar y cómo puede inscribirse.

También podrá entender mejor lo que Kaiser Permanente le ofrece y conocerá los beneficios de volverse un miembro de Kaiser Permanente.

Índice

Medicare: información general.....	2
Parte A.....	3
Parte B.....	5
Parte C	7
Parte D	9
Cuándo y cómo puede inscribirse a Medicare.....	12
Descubra lo que puede ofrecerle un plan de salud Kaiser Permanente Medicare	13
Gran atención con la que puede contar	14
Atención a su medida.....	15
Algo más que Original Medicare	16
¿Qué ofrece Kaiser Permanente Medicare Advantage?	17
Centros en todo el país para su conveniencia.....	20

MEDICARE: INFORMACIÓN GENERAL

Cómo entender las Partes A, B, C y D

Medicare es un programa de seguro médico federal que ofrece cobertura de atención médica a millones de estadounidenses. Medicare es parte del Seguro Social y está diseñado para proteger la salud y el bienestar de quienes lo usan.

Medicare se compone de 4 partes: A, B, C y D.

Cada parte cubre servicios específicos, desde la atención médica hasta los medicamentos recetados. En la siguiente sección puede leer acerca de cada parte para entender mejor qué cobertura se ajusta mejor a sus necesidades.

Recursos útiles

Queremos que entienda sus elecciones y sus opciones. Si tiene alguna pregunta, estos son algunos recursos útiles:

Medicare

Llame al **1-800-633-4227**,
las 24 horas al día, los 7 días de la
semana. (Los usuarios de TTY deben
llamar al **1-877-486-2048**).

Visite **Medicare.gov**.

Seguro Social

Llame al **1-800-772-1213**,
de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
(Los usuarios de TTY deben llamar al
1-800-325-0778).

Visite **ssa.gov**.

PARTE A

Lo que debe saber

La Parte A proporciona cobertura para los servicios en el hospital, incluidos los servicios de enfermería especializada y de cuidados paliativos. Si cumple con los requisitos, puede recibir la Parte A sin pagar una prima. Deberá contar con las Partes A y B para recibir la Parte C.

Cobertura del hospital

El gobierno federal ofrece Medicare Parte A para ayudar a pagar la atención para pacientes hospitalizados (la atención que recibe cuando se queda en un centro médico).

Lo que cubre

La Parte A cubre la atención para pacientes hospitalizados, si usted cumple con algunas condiciones y recibe atención en los hospitales y otros centros de atención certificados por Medicare. Incluye:

- Atención para pacientes hospitalizados que recibe en los hospitales y centros de rehabilitación
- Hospitalización de pacientes en centros de enfermería especializada (que no sea atención de custodia o a largo plazo)
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios de atención médica a domicilio
- Atención para pacientes hospitalizados en instituciones de atención médica religiosas y no médicas

¿Cuánto cuesta?

Normalmente no tendrá que pagar una prima por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaron durante un tiempo determinado, pero hay excepciones. Si no es elegible para la Parte A sin primas y necesita comprar la Parte A, podría recibir ayuda del estado para pagarla.

Tenga en cuenta que si decide comprar la Parte A, también debe contar con la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas.

Si no es elegible para la Parte A sin primas y no la compra la primera vez que tiene elegibilidad, su prima mensual podría incrementarse hasta en un 10%. Tendrá que pagar la prima más alta durante el doble del número de años que podría haber contado con la Parte A pero no se inscribió.

Continúa ►

PARTE A (CONTINUACIÓN)

¿Cómo sé si soy elegible para la Parte A?

SI TIENE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS

Puede obtener la Parte A sin pagar una prima si:

- Recibe los beneficios de jubilación del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)
- Es elegible para recibir los beneficios del Seguro Social o de la RRB, pero no los ha solicitado
- Usted y su cónyuge trabajaron al menos 10 años y pagaron los impuestos de Medicare

SI TIENE MENOS DE 65 AÑOS DE EDAD

Puede obtener la Parte A sin pagar una prima si:

- Ha tenido los beneficios del Seguro Social o por incapacidad de la RRB durante 24 meses
- Sufre de insuficiencia renal terminal y cumple ciertos requisitos

Si no cumple ninguna de esas condiciones, es posible que pueda comprar la Parte A si:

- Cumple con los requisitos de ciudadanía y residencia
- Tiene 65 años de edad o más y no trabajó o no pagó suficientes impuestos de Medicare mientras trabajó
- Está incapacitado y regresó a trabajar

Si usted ya recibe beneficios del Seguro Social o de la RRB, su cobertura de Medicare Parte A comenzará automáticamente tan pronto como cumpla con los requisitos. Si no recibe los beneficios del Seguro Social (por ejemplo, si aún está trabajando), es posible que deba inscribirse usted mismo en la Parte A, incluso si cumple con los requisitos para obtener la Parte A sin costo.

¿Cómo sé si tengo la Parte A?

Para saber si tiene la cobertura de la Parte A, busque "HOSPITAL (PARTE A)" impreso en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

¿Cómo me inscribo?

Para inscribirse, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**), de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, o visite **ssa.gov**.

PARTE B

Lo que debe saber

Si desea una cobertura para los servicios para pacientes ambulatorios, como las visitas al consultorio médico, y cumple con los requisitos, puede inscribirse a la Parte B. En la mayoría de los casos, si se inscribe a la Parte A, también debe inscribirse a la Parte B cuando sea elegible por primera vez. Si no lo hace, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía mientras tenga cobertura. Su prima mensual por la Parte B podría aumentar hasta en un 10% por cada periodo de 12 meses en el que pudo haber contado con la Parte B pero no se inscribió a la misma.

Cobertura médica

Medicare Parte B es la cobertura del gobierno federal para ayudarle a pagar algunos servicios médicos que no cubre la Parte A.

Lo que cubre

La Parte B cubre una variedad de servicios para pacientes ambulatorios, incluidos:

- Visitas al consultorio del médico
- Consultas con un especialista
- Atención preventiva, como vacunas contra la gripe y mamografías
- Servicios de laboratorio, como análisis de sangre y radiografías
- Equipo médico, como sillas de ruedas y andaderas
- Fisioterapia
- Salud mental
- Servicios de ambulancia
- Consultas anuales de bienestar

¿Cuánto cuesta?

La mayoría de las personas paga una prima mensual por la Parte B, que generalmente se deduce de sus cheques del Seguro Social. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecen cada año los montos de las primas. Su ingreso anual, ya sea alto o bajo, afecta cuánto tendrá que pagar.

Prima y deducible de 2020 para la Parte B:

Prima mensual promedio: \$144.60

Deducible anual promedio: \$198.00

Si sus ingresos son mayores que \$87,000 (\$174,000 para las parejas), es posible que su prima sea más alta.

Nota: Los montos en dólares antes mencionados corresponden al año 2020 y pueden cambiar en 2021.

Continúa ►

PARTE B (CONTINUACIÓN)

¿Cómo sé si soy elegible para la Parte B?

Si tiene 65 años o más, puede comprar la cobertura de la Parte B al gobierno federal. Si ya recibe los beneficios del Seguro Social o de la RRB, es posible que se le inscriba automáticamente en la Parte B. También es posible que sea elegible para la Parte B si tiene ciertas incapacidades, incluida la insuficiencia renal terminal. En la mayoría de los casos, si recibe la cobertura de la Parte A, también debe inscribirse a la cobertura de la Parte B durante su periodo de inscripción inicial o su periodo de inscripción especial. Si no lo hace, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía mientras tenga cobertura. Esto puede significar un aumento de su prima mensual.

¿Cómo sé si tengo la Parte B?

Para saber si tiene la cobertura de la Parte B, busque "MÉDICA (PARTE B)" impreso en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

¿Cómo me inscribo?

Para inscribirse, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**), de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, o visite **ssa.gov**.

PARTE C

Lo que debe saber

Si desea una cobertura que incluya más de lo que tienen las Partes A y B (que incluye servicios en el hospital, consultas médicas, cirugía para pacientes ambulatorios, servicios preventivos y más), considere la Parte C.

Cobertura médica

Original Medicare (Partes A y B) no cubre todos los costos de los gastos médicos o servicios. Usted puede comprar mayor cobertura por medio de los planes de salud privados.

- Los planes de salud privados aprobados por Medicare –conocidos como Parte C o planes Medicare Advantage– incluyen tanto la cobertura de la Parte A como de la Parte B, además de beneficios adicionales. Medicare Advantage es una alternativa integral al plan Original Medicare. Estos planes “combinados” incluyen la Parte A, la Parte B y generalmente la Parte D. Con frecuencia incluyen beneficios adicionales que Original Medicare no cubre.
- Medicare paga una cantidad fija mensual por su cobertura a estos planes de salud privados; sin embargo, cada plan Medicare Advantage puede cobrar gastos de bolsillo distintos y tener reglas diferentes respecto a la forma en que usted recibe los servicios.

Lo que cubre

Además de los servicios cubiertos por las Partes A y B, es posible que los planes Medicare Advantage también cubran:

- Servicios para la vista
- Servicios para la audición
- Servicios dentales
- Programas de salud y bienestar
- Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D

Planes Medicare Advantage (HMO)

Con los planes Medicare HMO, usted generalmente usará proveedores de la red para recibir atención. Al recibir atención en una red coordinada, es probable que sus copagos y gastos de bolsillo sean predecibles. Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, es probable que deba cubrir el costo. A diferencia de Original Medicare, sus gastos de bolsillo tienen un límite anual. Una vez que alcance este límite, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos.

Continúa ►

PARTE C (CONTINUACIÓN)

¿Cuánto cuesta?

Lo que usted paga por la cobertura depende de lo siguiente:

- Si el plan le cobra una prima mensual además de la prima de la Parte B
- Si el plan paga una parte de su prima mensual de la Parte B
- Si tiene una penalización por inscripción tardía en la Parte D
- Su deducible anual, si lo hay
- Sus copagos y coseguro
- Los tipos de servicios que necesita
- Si el plan incluye un límite para los gastos de bolsillo

¿Cómo sé si soy elegible para la Parte C (Medicare Advantage)?

En la mayoría de los casos, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage si:

- Tiene Original Medicare (Partes A y B)
- Vive en el área de servicio del plan
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos
- Se inscribe cuando el plan acepta miembros nuevos

¿Cómo me inscribo?

Inscríbase directamente en el plan de su elección.

Planes de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)

Si elige Original Medicare, puede adquirir los planes de Seguro Suplementario de Medicare, también llamados planes Medigap, para ayudarle a pagar la atención que no cubren las Partes A y B. A diferencia de Medicare Advantage, estos planes ofrecen cobertura limitada y no incluyen la cobertura de medicamentos recetados. Usted paga la prima de la Parte B, una prima mensual de plan de salud, cualquier coseguro y deducible por la atención que no pertenece a la red, más una prima independiente por un plan de medicamentos recetados de la Parte D.

Hay disponibles otras opciones de cobertura de Medicare, como los planes de organización de proveedores preferidos (PPO), los planes de pago por servicio privado (PFFS) y los planes de cuenta de ahorros médicos (MSA).

PARTE D

Lo que debe saber

La Parte D es un plan opcional ofrecido por las empresas privadas aprobadas por Medicare. Cubre los costos de los medicamentos recetados. Usted puede inscribirse en un plan de la Parte D si cuenta con la Parte A, la Parte B o ambas.

Cobertura de medicamentos recetados

En general, hay dos formas de obtener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D:

- Puede comprar un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, el cual añade cobertura de medicamentos a Original Medicare, algunos planes Medicare Cost, algunos planes Privados de Pago por Servicio de Medicare y los planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare.
- Puede obtener su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D por medio de un plan Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare que ofrezcan la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Lo que cubre

Los medicamentos cubiertos por su plan de la Parte D varían con base en la lista de medicamentos recetados disponibles del plan. (Una lista de medicamentos recetados disponibles es una lista de los medicamentos que cubre un plan y que aprobaron los CMS).

Es posible que pueda solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté cubierto en la lista de medicamentos recetados disponibles del plan.

Todos los planes de medicamentos recetados de la Parte D, incluidos los planes Medicare Advantage y Medicare Cost que ofrecen la Parte D, deberán proporcionar una cobertura igual o mejor que los beneficios normales de la Parte D.

Estos planes pueden mejorar la cobertura al:

- Eliminar los deducibles
- Ofrecer una parte del costo diferente, pero igual al beneficio normal, o mejorar su parte del costo
- Cubrir algunos medicamentos por medio del periodo de intervalo en la cobertura

¿Cuánto cuesta?

Los costos de su Parte D dependen de qué plan elija. Si decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que es elegible y no cuenta con otra cobertura acreditada de medicamentos recetados o participa en el programa Extra Help, es probable que deba pagar una penalización por inscripción tardía durante el tiempo en que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Continúa ►

PARTE D (CONTINUACIÓN)

Los costos normales de la Parte D incluyen:

- **Prima mensual:** El monto que paga por su cobertura de la Parte D. Esto varía de acuerdo al plan y algunos planes no tienen una prima mensual.
- **Deducible anual:** El monto que paga por sus recetas médicas antes de que su plan comience a pagar su parte. Una vez que alcance su deducible, únicamente pagará su copago o coseguro. Algunos planes no tienen deducible, por lo que su plan comenzará a pagar la parte que le corresponde de inmediato.
- **Copagos y coseguro:** El monto que paga por los medicamentos cubiertos después de que su plan pague la parte que le corresponde. Esto varía de acuerdo con los beneficios de su plan y con el monto que su plan ha pagado por su cobertura.

Sus costos dependen de la etapa de cobertura en la que usted se encuentra

Cuando alcanza ciertos límites de dinero en los montos de los gastos de medicamentos de la Parte D, pasará por las etapas de cobertura de la Parte D y pagará diferentes copagos y coseguros.

- **Etapa de cobertura inicial:** Usted paga los copagos y el coseguro establecidos por su plan luego de que su plan pague la parte que le corresponde. Una vez que usted llegue a \$4,130, pasará a la etapa del periodo de intervalo en la cobertura.

- **Etapa del periodo de intervalo en la cobertura:** Usted paga más por sus medicamentos. Con el beneficio normal del periodo de intervalo en la cobertura para 2021, usted paga:

- el 25% de los costos de los medicamentos genéricos
- el 25% de los costos de los medicamentos de marca, además de una parte de las tarifas por entrega

Es posible que algunos planes proporcionen mayor cobertura además de este beneficio normal.

Una vez que usted llegue a \$6,550, pasará a la etapa de cobertura para catástrofes.

- **Etapa de cobertura para catástrofes:** Normalmente, usted paga una parte menor del costo, que se aplica el resto del año. La mayoría de las personas no llegan nunca a esta etapa.

Cómo obtener ayuda financiera

Si usted tiene bajos ingresos, es posible que califique para participar en Extra Help, que podría ayudarle a pagar una parte o todos los costos de las primas, los deducibles y su parte de los pagos de medicamentos recetados de la Parte D. Si usted considera que podría calificar, comuníquese con el Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**), de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, o visite **ssa.gov**.

¿Cómo sé si soy elegible para la Parte D?

Usted es elegible para la Parte D si cuenta con la Parte A o la Parte B de Medicare. Tenga en cuenta que puede inscribirse, cambiar o salir de un plan de la Parte D de Medicare únicamente durante ciertos periodos del año o bajo ciertas circunstancias especiales. Si decide no inscribirse durante su primer periodo de inscripción, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía, que es del 1% de su prima mensual por cada mes que retrase su inscripción.

Los medicamentos genéricos pueden ahorrarle dinero

Cuando revise las listas de medicamentos recetados disponibles, con frecuencia verá listas de medicamentos recetados genéricos y de medicamentos recetados de marca más costosos. Usted puede mantener sus costos bajos pidiéndole a su médico que le recete medicamentos genéricos.

La Administración de Alimentos y Medicamentos exige que los medicamentos genéricos igualen los medicamentos de marca en:

- Ingredientes
- Calidad
- Seguridad
- Concentración
- Rendimiento

Y revise su lista de medicamentos recetados disponibles; con frecuencia se añaden nuevos medicamentos genéricos.

¿Cómo me inscribo?

Hay dos formas de recibir la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare: Inscribirse en un plan de la Parte C que incluya la cobertura de la Parte D (un plan Medicare Advantage o Medicare Cost) o inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Puede inscribirse directamente a un plan de su elección, o comunicarse con Medicare al **1-800-633-4227** (TTY **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visitar **Medicare.gov**.

Antes de inscribirse, considere que:

- Puede inscribirse, cambiarse o salir de un plan de la Parte D únicamente durante ciertos periodos del año o bajo ciertas circunstancias.
- Usted puede tener solo un plan de la Parte D a la vez.
- Si cuenta con un plan Medicare Advantage con cobertura para la Parte D, inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare podría hacer que pierda su plan Medicare Advantage y regrese a Medicare Original.

Cuándo y cómo puede inscribirse en Medicare

Puede inscribirse en los planes de salud o de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante ciertos momentos del año o si tuvo un evento de vida determinado.

Periodo de Inscripción Inicial (IEP)

Este es un periodo de inscripción de 7 meses para quienes estén a punto de volverse elegibles para Medicare. Comienza 3 meses antes del mes de su cumpleaños número 65, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después de ese mes.

Periodo de Inscripción Anual (AEP)

El Periodo de Inscripción Anual (AEP) comienza el 15 de octubre y termina el 7 de diciembre. Durante este periodo, usted puede inscribirse, salir o cambiar de plan. Cualquier cambio que realice comienza el 1 de enero del año siguiente.

Periodo de Inscripción General (GEP)

Si no se inscribió en la Parte A (si tiene que comprarla) o la Parte B (para la cual usted debe pagar primas) durante su Periodo de Inscripción Inicial (IEP), puede inscribirse entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Su cobertura no iniciará hasta el 1 de julio de ese año y es posible que tenga que pagar una prima más alta por la Parte A o la Parte B por inscripción tardía.

Periodo de Inscripción Abierta (OEP)

Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, puede cambiar de un plan Medicare Advantage a otro plan Medicare Advantage, o puede cancelar la inscripción a su plan Medicare Advantage y regresar a Original Medicare.

Periodo de Inscripción Especial (SEP)

Cuando usted tiene un evento de vida determinado, es posible que pueda realizar cambios a su plan fuera del IEP y del AEP. Tenga en cuenta que puede hacerlo únicamente una vez al año. Los eventos calificados de vida incluyen:

- Un plan de salud Medicare en su área de servicio recibió 5 estrellas de los CMS. El Periodo de Inscripción Especial (SEP) de 5 estrellas comienza el 8 de diciembre y termina el 30 de noviembre del año siguiente.
- Usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de su plan de salud.
- Tiene derecho tanto a Medicare como a Medicaid.
- Su plan actual termina su contrato con los CMS.
- Usted reúne los requisitos para participar en Extra Help con los costos de su plan de medicamentos.
- Usted pierde su grupo empleador, o la cobertura patrocinada por su fideicomiso, y ahora puede inscribirse como individuo.

Cómo encontrar un plan de calidad

Ya sea que elija o cambie de cobertura, usted tiene una forma fácil e inteligente de enterarse acerca de nuestros planes de salud Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO) de alta calidad. Visite kp.org/obtengamedicare.

Descubra lo que puede ofrecerle un plan de salud Medicare de Kaiser Permanente

Nuestro plan de salud de Medicare está aquí para ayudarle a vivir bien.

Desde costos predecibles y beneficios de bienestar hasta una amplia selección de médicos y la libertad de cambiar a otro médico de Kaiser Permanente en cualquier momento, usted experimentará los beneficios de tener un plan de salud de Medicare que apoye sus metas y le ayude a vivir bien.

Tómese unos minutos para leer acerca de algunas de las formas en que ofrecemos más que Original Medicare y téngalas en cuenta cuando busque un plan de salud Medicare que se ajuste a sus necesidades.

Para obtener más información acerca de nuestros planes de salud de Medicare, visite **kp.org/obtengamedicare**.

Como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage, usted obtiene algo más que un plan de salud.

Gran atención con la que puede contar

Desde nuestros costos predecibles hasta médicos y especialistas de alta calidad, usted puede confiar en la atención que recibe con un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO).



Costos predecibles para la atención que se adapta a usted

Con un plan de Kaiser Permanente Medicare Advantage, usted paga copagos y coseguros que se pueden predecir, sin cargos adicionales por servicios preventivos como su examen médico anual, las mamografías, los exámenes de la próstata, las vacunas contra la gripe y las pruebas de colesterol.



Mejor atención con un equipo conectado

Su médico, enfermeros y otros especialistas trabajan en coordinación para mantenerlo sano. Están conectados entre sí, y con usted, por medio de su historia clínica electrónica.¹

Puesto que todos los proveedores de los centros médicos de Kaiser Permanente tienen acceso a su historia clínica electrónica, conocen aspectos importantes acerca de usted y de su salud, no únicamente acerca de la atención que ellos le ofrecen de manera personal, como la fecha en que debe hacerse una prueba de detección y qué medicamentos está tomando. Un equipo de atención conectado le ayuda a asegurarse de que nada se olvide o se pase por alto y usted reciba atención completa y personalizada.



Acceso a especialistas

Usted tiene acceso a una amplia gama de especialistas, que incluye cardiólogos, ortopedistas, audiólogos, endocrinólogos y muchos más.



Atención personalizada de calidad

Si bien hacemos énfasis en la atención preventiva para mantenerlo sano, también contamos con atención de especialidades y de enfermedades cuando la necesita. Desde atención cardiovascular hasta el tratamiento para el cáncer, la diabetes y más, usted obtiene excelentes médicos, la última tecnología y una atención basada en la evidencia, todo combinado para que usted reciba la atención adecuada en el momento adecuado y se recupere rápidamente.

¹ Cuando recibe atención en un centro de atención de Kaiser Permanente. Es posible que no todas las funciones en línea estén disponibles en algunas áreas.

Atención a su medida

Desde elegir a su médico de Kaiser Permanente hasta elegir la forma en la que recibe atención, usted cuenta con muchas opciones convenientes.



Una amplia variedad de grandiosos médicos y especialistas

En la actualidad, muchas personas se quedan sin un médico de confianza cuando ese médico deja de aceptar Medicare. En Kaiser Permanente no tendrá que preocuparse por eso. Los miembros del plan de salud Medicare pueden acudir a cualquiera de nuestros médicos disponibles. Visite kp.org/doctor para leer los perfiles de nuestros médicos para que tenga una mejor idea de quiénes son antes de elegir. Además, puede cambiarse a otro médico de Kaiser Permanente disponible en cualquier momento.

Si ya es miembro y se inscribe en nuestro plan Medicare Advantage, tenga la seguridad de que puede quedarse con el equipo de atención que conoce y en el que confía.



Herramientas en línea para administrar su salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Puede enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver la mayoría de los resultados de las pruebas, resurtir los medicamentos recetados y programar o cancelar citas, todo en línea.¹ También puede descargar la aplicación móvil de Kaiser Permanente sin costo para administrar su salud desde cualquier lugar.



Más opciones sobre cómo recibir atención

Nuestros miembros eligen cómo, cuándo y dónde tener acceso a la atención médica. Ofrecemos opciones flexibles de atención virtual para consultar a su médico, especialista, médico de emergencia de Kaiser Permanente o a otro proveedor clínico. Brindar atención por correo electrónico, teléfono, video² y en línea son componentes fundamentales de nuestro sistema de prestación integrado, no complementos, por lo que la calidad de la atención está integrada en cada experiencia.



La conveniencia que requiere, normalmente bajo un mismo techo

Cuando visita un centro de atención de Kaiser Permanente, puede consultar a su médico, hacerse pruebas de laboratorio o radiografías y recoger sus medicamentos recetados, normalmente en un solo viaje. En muchas regiones, los consultorios de los especialistas y los hospitales también están en el mismo lugar.

Para obtener más información acerca de nuestros planes de salud de Medicare, visite kp.org/obtengamedicare.

¹Cuando recibe atención en un centro de atención de Kaiser Permanente. Es posible que no todas las funciones en línea estén disponibles en algunas áreas.

²Cuando corresponda y esté disponible.

Algo más que Original Medicare

Con Kaiser Permanente Medicare Advantage, usted puede tener las Partes A, B, C y D juntas en un cómodo plan, además de beneficios adicionales que apoyen sus necesidades de atención médica.

Beneficios de medicamentos recetados

Con la mayoría de nuestros planes, también recibirá el Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare de Kaiser Permanente, que es nuestra cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Ayuda con la administración de sus pagos de medicamentos recetados

Elegimos nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de manera cuidadosa con un equipo de nuestros proveedores de atención médica para darle los medicamentos más eficaces y asequibles. Cumple con normas rigurosas, incluidas las que establecen los CMS.

Más cobertura en el “periodo de intervalo”

Con el Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare de Kaiser Permanente, es posible que pague una parte menor del costo que con el beneficio normal de la Parte D para los medicamentos recetados genéricos en el periodo de intervalo en la cobertura y que pague solo el 25% (además de una parte de la tarifa por entrega) por los medicamentos de marca y de nivel de especialidad.

Reciba la mayoría de sus resurtidos de medicamentos por correo en su hogar

Como miembro, cuando ordena resurtidos de medicamentos de una farmacia de Kaiser Permanente, por teléfono, en **kp.org** o en nuestra aplicación móvil, puede recibir los resurtidos en su hogar sin cargo adicional.¹ Aún mejor, es posible que reciba un suministro de hasta 3 meses pagando una parte menor del costo, lo que le ahorrará tiempo y dinero.

Beneficios suplementarios opcionales

Usted puede elegir agregar el paquete Advantage Plus² a su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage pagando una prima adicional de \$25 al mes. Advantage Plus cubre beneficios para la audición además de beneficios dentales y para la vista adicionales. De esta forma, es más fácil atender sus necesidades de atención médica con un solo plan y una factura.

Atención de emergencia y de urgencia

Como miembro de un plan de salud de Kaiser Permanente Medicare, usted puede recibir atención de urgencia y de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos o del mundo.³

Para conocer los costos de los medicamentos, revise el *Resumen de Beneficios* o la *Evidencia de Cobertura*.

¹Para ciertos medicamentos, puede pedir que le envíen por correo los resurtidos de los medicamentos recetados por medio de nuestra Farmacia de Pedidos por Correo de Kaiser Permanente. Los recibirá en un plazo de entre 3 y 5 días. Si no los recibe, llame al **1-800-733-6345 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Algunos medicamentos no son elegibles para el servicio de Farmacia de Pedidos por Correo. La Farmacia de Pedidos por Correo puede hacer envíos a domicilios ubicados en Maryland, Virginia, Distrito de Columbia y ciertos lugares fuera del área de servicio.

²Debe ser miembro de un plan individual de Kaiser Permanente Medicare Advantage para poder inscribirse.

³Si necesita atención de emergencia o de urgencia fuera del área, puede obtenerla de cualquier proveedor. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información.

¿Qué ofrece Kaiser Permanente Medicare Advantage?

La columna II muestra lo que puede agregar a su cobertura de Original Medicare con un plan Medicare Supplement y un plan de medicamentos recetados de la Parte D. La columna III muestra cómo puede simplificar su cobertura con un plan Medicare Advantage. Expida un solo cheque al mes, mantenga un punto de contacto y use una sola tarjeta de identificación para un plan integral que incluye las partes A, B y D, así como beneficios adicionales.

Nota: Si recibe cobertura grupal por medio de un empleador o un sindicato, sus costos y cobertura podrían ser distintos.

	I Original Medicare	II Original Medicare + Supplement	III Kaiser Permanente Medicare Advantage
Prima mensual para la Parte B médica	El Costo para 2020 de la prima mensual de la Parte B varía de acuerdo con el ingreso. Inicia en \$135.50 al mes, para las personas con ingresos que no superen los \$87,000 por persona soltera o los \$174,000 por pareja.		
Prima mensual del plan de salud de Medicare		Los Costos para 2020 de las opciones del plan suplementario van desde los \$27 hasta los \$344. ¹	Plan integral que incluye las partes A, B y D. Las opciones para 2021 van de los \$0 ² a los \$142. Muchos beneficios adicionales sin costo, incluidos los de profilaxis dental, cuidado de la vista de rutina, membresías para acondicionamiento físico en gimnasios o en el hogar, clases de salud y bienestar, y otros servicios con descuentos.
¿Está incluida la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (pacientes ambulatorios)?	No	No. Se puede comprar un plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D y pagarlo por separado. Las opciones van de los \$13.20 a los \$80.30. ¹	Sí. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está incluida en la mayoría de los planes.

¹Para los planes de 2020 disponibles en el Condado de Montgomery, Maryland, código postal 20850.

²Para nuestros planes Medicare Advantage Value (HMO).

Continúa ►

	I Original Medicare	II Original Medicare + Supplement	III Kaiser Permanente Medicare Advantage
¿Se incluyen beneficios adicionales?	No están disponibles	Pueden comprarse y pagarse por separado.	Se incluyen muchos, como: <ul style="list-style-type: none"> • Crédito de bienestar para artículos de venta libre • Transporte • Cuidado de la vista de rutina • Profilaxis dental • Y mucho más Cobertura adicional dental, de la vista y de la audición disponible por \$25 más al mes.
Deducible	Sí. \$1,408 por periodo de beneficios para la Parte A más \$189 para la Parte B.	Sí. \$198 del deducible de la Parte B, más cualquier otro deducible de la Parte D, si se agrega (hasta \$435).	No hay deducible
Suscrito por el médico (¿pueden rechazarlo por una condición preexistente?)	No	Sí, con excepción del periodo de inscripción abierta de Medigap, que inicia en el mes en el que cumpla 65 años y esté inscrito en la Parte B de Medicare.	No
Cobertura de emergencia en todo el mundo	No. Por lo general no está cubierto fuera de los Estados Unidos.	Los planes suplementarios C, D, F, G, M y N cubren el 80% de los costos de emergencia internacionales después de que usted alcance un deducible de \$250. No está cubierto en los planes A, B, K y L.	Sí, la cobertura de emergencia en todo el mundo está incluida.

	I Original Medicare	II Original Medicare + Supplement	III Kaiser Permanente Medicare Advantage
Cobertura dental	No	No	Sí, la cobertura de profilaxis dental está incluida. La atención dental integral está disponible por una tarifa adicional mensual como parte del paquete Advantage Plus.
Exámenes de los ojos relacionados con la prescripción de anteojos	No	No	Sí. El cuidado rutinario de los ojos está incluido, así como una asignación para anteojos y lentes de contacto. Están disponibles beneficios adicionales en artículos para la visión por una tarifa adicional mensual como parte del paquete Advantage Plus.
Audífonos y pruebas de ajuste	No	No	Los audífonos y pruebas de ajuste están disponibles por una baja tarifa adicional mensual como parte del paquete Advantage Plus.

Centros en todo el país para su conveniencia

Somos parte de su comunidad. Nuestros miembros disfrutan de un enfoque coordinado en la atención y en la cobertura, combinado con la conveniencia del tratamiento cerca de su hogar. Kaiser Permanente tiene centros médicos, consultorios médicos, laboratorios, farmacias y otros servicios de atención médica en todo el país.

- Norte de California
- Sur de California
- Colorado
- Distrito de Columbia
- Georgia
- Hawái
- Maryland
- Oregon
- Virginia
- Estado de Washington

¿Está listo para inscribirse?

¿Tiene preguntas?

Para inscribirse o para obtener más información acerca de nuestros planes de salud de Medicare, visítenos en **kp.org/obtengamedicare** o llame al **1-888-777-5536** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.



Kaiser Permanente es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Tiene que vivir en el área de servicio del plan de salud de Medicare de Kaiser Permanente en la que se inscriba. Cada año, Medicare evalúa los planes con base en un sistema de calificación de 5 estrellas.

kp.org/obtengamedicare



Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 2020AR1744 MAS 10/1/20-12/31/21