

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021

2021

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard Plan DC (HMO),
Kaiser Permanente Medicare Advantage High Plan DC (HMO) y
Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Plan DC (HMO)

Estos planes incluyen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

H2172_20_190SP_M
2020AR1778-SP

PBPs 001, 003 & 012

Acerca de este *Resumen de Beneficios*

Gracias por considerar Kaiser Permanente Medicare Advantage. Puede usar este **Resumen de Beneficios** (*Summary of Benefits*) para obtener más información sobre nuestros planes. Incluye información sobre lo siguiente:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales
- Quiénes pueden inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo recibir atención

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 3 planes Kaiser Permanente Medicare Advantage 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** (haga clic en “Español”) o solicite una copia 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.

También ofrecemos un plan sin cobertura de medicamentos de la Parte D. Para obtener información sobre otros planes, llame al **1-877-408-8607** (TTY: **711**) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., o ingrese en **kp.org/medicare** (en inglés).

¿Tiene alguna pregunta?

- 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 a. m. a 8 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	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Prima mensual del plan	\$0	\$30	\$142
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Sus gastos máximos de bolsillo No incluye medicamentos de Medicare Parte D	\$6,900	\$6,900	\$5,700
Cobertura para pacientes hospitalizados*† No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	\$300 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estadía	\$250 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estadía	\$200 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estadía
Cobertura para pacientes ambulatorios*†	De \$0 a \$300 por consulta	De \$0 a \$250 por consulta	De \$0 a \$100 por consulta
Centro de Cirugía Ambulatoria*†	\$300 por consulta	\$250 por consulta	\$100 por consulta
Consultas con el médico • Médicos de atención primaria	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$5 por consulta
• Especialistas*†	\$50 por consulta	\$40 por consulta	\$30 por consulta
Atención preventiva*† Consulte la EOC para obtener más detalles.	\$0	\$0	\$0
Atención de emergencia Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$90 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$90 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$90 por consulta en el Departamento de Emergencias

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Servicios de urgencia Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$50 por visita al consultorio	\$40 por visita al consultorio	\$30 por visita al consultorio
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*† • Pruebas de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)	\$0	\$0	\$0
• Radiografías	\$20 por consulta	\$15 por consulta	\$10 por consulta
• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)	\$175 por procedimiento	\$100 por procedimiento	\$40 por procedimiento
Servicios para la audición*† • Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas Nota: Los audífonos no están cubiertos, a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte "Advantage Plus" para obtener más detalles).	\$50 por consulta	\$40 por consulta	\$30 por consulta

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Servicios dentales Atención dental preventiva	\$30 por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpiezas y radiografías de aleta de mordida, y a 1 tratamiento con fluoruro).	\$30 por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpiezas y radiografías de aleta de mordida, y a 1 tratamiento con fluoruro).	\$30 por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpiezas y radiografías de aleta de mordida, y a 1 tratamiento con fluoruro).
Atención dental integral*†	El monto que paga varía según el servicio, consulte la EOC para obtener más detalles.	El monto que paga varía según el servicio, consulte la EOC para obtener más detalles.	El monto que paga varía según el servicio, consulte la EOC para obtener más detalles.
Servicios para la vista*† - Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos - Exámenes de rutina de los ojos	\$10 por consulta con un optometrista \$50 por consulta con un oftalmólogo	\$10 por consulta con un optometrista \$40 por consulta con un oftalmólogo	\$5 por consulta con un optometrista \$30 por consulta con un oftalmólogo
Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética	\$0	\$0	\$0
Lentes o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	\$20 de coseguro hasta alcanzar el límite de Medicare; usted paga los montos que superen dicho límite.	\$20 de coseguro hasta alcanzar el límite de Medicare; usted paga los montos que superen dicho límite.	\$20 de coseguro hasta alcanzar el límite de Medicare; usted paga los montos que superen dicho límite.

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Otros artículos para la vista (asignación para cada año calendario). Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor cada 24 meses (consulte “Advantage Plus” para obtener más detalles).	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$100, usted paga la diferencia.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$100, usted paga la diferencia.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$50, usted paga la diferencia.
Servicios de salud mental*† Terapia grupal para pacientes ambulatorios	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$5 por consulta
Terapia individual para pacientes ambulatorios	\$20 por consulta	\$20 por consulta	\$10 por consulta
Centro de enfermería especializada*† Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.	Por periodo de beneficios: \$0 por día, del día 1 al 20 \$167 por día, del día 21 al 100	Por periodo de beneficios: \$0 por día, del día 1 al 20 \$160 por día, del día 21 al 100	Por periodo de beneficios: \$0 por día, del día 1 al 20 \$110 por día, del día 21 al 100
Fisioterapia*†	\$40 por consulta	\$40 por consulta	\$30 por consulta
Ambulancia	\$275 por viaje de ida o vuelta	\$275 por viaje de ida o vuelta	\$200 por viaje de ida o vuelta
Transporte Brindamos cobertura para hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.	\$0	\$0	\$0

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Medicamentos de Medicare Parte B† Brindamos cobertura para una cantidad limitada de medicamentos de Medicare Parte B cuando los compra a un proveedor del plan. Consulte la EOC para obtener más detalles y el Directorio de Farmacias para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándar del plan. Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de la salud	\$0	\$0	\$0
Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico	\$15 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan	\$15 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan	\$15 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan
Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca	\$45 en una farmacia preferida del plan \$47 en una farmacia estándar del plan	\$45 en una farmacia preferida del plan \$47 en una farmacia estándar del plan	\$42 en una farmacia preferida del plan \$47 en una farmacia estándar del plan

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

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

- El plan en el que se inscribe (High, Standard o Value).
- El nivel en el que se encuentra su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D en **kp.org/seniorrx** (haga clic en “Español”) o solicite una copia 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.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 días o 90 días).
Nota: El suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.

- El tipo de farmacia del plan que surte su receta (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestra farmacia de pedido por correo). Para saber dónde se ubican nuestras farmacias, consulte el **Directorio de Farmacias** (*Pharmacy Directory*) en **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 (cobertura inicial, periodo de intervalo en la cobertura o cobertura para catástrofes).

Etapa de cobertura inicial

Usted pagará los copagos y el coseguro que se muestran en la siguiente tabla para un suministro de hasta 30 días hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los **\$4,130**.

(Los costos totales anuales de los medicamentos son los montos pagados por usted y por cualquier plan de la Parte D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$4,130 en 2021, pasa a la etapa de periodo de intervalo en la cobertura y su cobertura cambia.

Nivel del medicamento	Farmacia preferida del plan			Farmacia estándar del plan
	Suministro de hasta 30 días			
	Plan Value	Plan Standard	Plan High	Todos los planes
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$5	\$3	\$5	\$10
Nivel 2 (genéricos)	\$15	\$15	\$15	\$20
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$45	\$45	\$42	\$47
Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100	\$100	\$80	\$100
Nivel 5 (especializados)	Coseguro del 33 %			
Nivel 6 (vacunas)	\$0			

Suministro de medicamentos de 31 a 90 días

Usted paga **\$0** por un suministro de 31 a 90 días de medicamentos del Nivel 1 en nuestras farmacias preferidas de pedido por correo.

Para todos los demás medicamentos recetados, los copagos mencionados en la tabla anterior se multiplicarán de la siguiente manera:

- Si recibe un suministro de 31 a 60 días de una de nuestras farmacias de tienda o estándar de pedido por correo, debe pagar el monto correspondiente a 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 90 días de una de nuestras farmacias de tienda o estándar de pedido por correo, debe pagar el monto correspondiente a 3 copagos.
- Si recibe un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los Niveles 2, 3 o 4 de nuestra farmacia preferida de pedido por correo, debe pagar el monto correspondiente a 2 copagos.

Nota: Para un suministro de 31 a 90 días de medicamentos sujetos a un coseguro, debe pagar el coseguro mencionado en la tabla anterior.

Periodo de intervalo en la cobertura

La etapa del periodo de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gastan **\$4,130** en sus medicamentos durante 2021. Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa del periodo de intervalo en la cobertura:

Nivel del medicamento	Con los planes Standard o Value, usted paga	Con el plan High, usted paga
Niveles 1 y 2	Coseguro del 25 %	Los mismos copagos que paga durante la etapa de cobertura inicial, mencionados anteriormente
Niveles 3, 4 y 5	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 6	\$0	\$0

Etapa de cobertura para catástrofes

Si gasta **\$6,550** en los medicamentos recetados de la Parte D en 2021, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted lo hace, sus copagos y coseguros cambiarán por el resto de 2021. Usted paga lo siguiente por receta durante la etapa de cobertura para catástrofes:

- Coseguro del **5%** para los medicamentos genéricos o de marca
- **\$0** para vacunas de la Parte D

Atención a largo plazo, infusiones en el hogar del plan 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 no puede acudir a una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.

Advantage Plus (beneficios opcionales)

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

Beneficios y primas de Advantage Plus	Usted paga
Prima mensual adicional	\$25
Asignación adicional para artículos para la vista*† Cada 24 meses, se agrega una asignación de \$175 a la asignación anual para artículos para la vista descrita en “Servicios para la vista”.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de \$225 para los miembros del plan High o de \$275 para los miembros de los planes Standard o Value, usted paga la diferencia.
Audífonos*† Asignación de \$1,000 para comprar 1 audífono por oído cada 3 años	Si el audífono que necesita cuesta más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.
Servicios dentales Atención preventiva	\$10 por consulta para exámenes bucales, 2 limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro y radiografías.
Atención integral	El monto que paga varía según el servicio, consulte la EOC para obtener más detalles.

Beneficios adicionales

Asignación para artículos de venta libre	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
Usted recibe una asignación trimestral para comprar los artículos de venta libre incluidos en nuestro catálogo. Si los artículos que compra en un trimestre exceden la asignación de su plan, usted paga la diferencia. Nota: Un año calendario tiene cuatro trimestres, y cada compra debe alcanzar un mínimo de \$20 (se requiere una compra mínima de \$20). Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/mas (en inglés). Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar que le enviemos por correo un catálogo impreso al 1-833-881-1422 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.	\$0 hasta alcanzar la asignación trimestral de \$30.	\$0 hasta alcanzar la asignación trimestral de \$50.	\$0 hasta alcanzar la asignación trimestral de \$60.

Quiénes pueden inscribirse

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

- Tiene Medicare Parte A y Parte B. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, en el Distrito de Columbia.

Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la

Evidencia de Cobertura, si se cumplen las siguientes condiciones:

- 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 incluidos en nuestro **Directorio de Proveedores** (*Provider Directory*) y **Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:
 - Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente.
 - Atención de emergencia.
 - Atención de diálisis fuera del área.
 - Atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores que no pertenecen al plan).
 - Referencias a proveedores que no pertenecen al plan si recibió aprobación escrita de nuestro plan por adelantado (autorización previa).

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguros cuando recibe la atención cubierta mencionada de proveedores que no pertenecen al plan.

Para obtener más información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están 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, 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 (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 recetados disponibles, 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 nuestros 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.

Ayuda para controlar condiciones médicas

Si actualmente tiene más de 1 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 ayudarlo a controlar sus condiciones. El programa brinda información y enseña habilidades de autocuidado. Si está interesado, pida más información a su médico personal.

Avisos

Apelaciones y quejas formales

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto. 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 detalles.

Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States es una empresa sin fines de lucro y un plan Medicare Advantage denominado Kaiser Permanente Medicare Advantage. Ofrecemos varios planes Kaiser Permanente Medicare Advantage en el área de servicio de la Región de los Estados del Atlántico Medio, que incluye el Distrito de Columbia y algunas áreas específicas en Maryland y Virginia.

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

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

Servicios de ayuda para idiomas

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-777-5536**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (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。**1-888-777-5536** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Thai

เรียน: ถ้านักพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-777-5536** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነየትርጉም ኣርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደሚከተለው ቁጥር ይደውሉ-**1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با **1-888-777-5536** (TTY: **711**) تماس بگیرید

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
1-888-777-5536 (رقم هاتف الصم والبكم: **711**)

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-777-5536** (ATS : **711**).

Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Bengali

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-888-777-5536** (TTY: **711**)।

Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

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, incapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, incapacidad o sexo. Además:

- Proporcionamos asistencia y servicios sin costo a personas con incapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles por escrito a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o por teléfono al número de Servicio a los Miembros 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 electrónicamente una queja de derechos civiles en el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés) o por correo postal o por 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, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

Privacidad

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

Definiciones útiles (glosario)

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.º 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 médico.

Evidencia de Cobertura

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

Gasto máximo de bolsillo

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

Medicamento necesario

Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de 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 normalmente están ubicadas 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 de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D.C.

Farmacia de tienda del plan

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos. Estas farmacias normalmente están ubicadas 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 están ubicadas 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 otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales nos referimos como “farmacias preferidas” en este documento.

Área de servicio

El 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 que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) renuevan este contrato cada año. De acuerdo con la ley, nuestro plan o los CMS pueden elegir no renovar nuestro contrato con Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual ***Medicare y usted*** (*Medicare & You*). Puede consultarlo en línea en **es.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**.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar al **1-888-777-5536** (TTY **711**) y hablar con un representante de atención al cliente los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Información sobre los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que encontrará en la *Evidencia de Cobertura* (EOC), y preste especial atención a los servicios para los que acude al médico con frecuencia. Visite **kp.org/medicare** o llame al **1-888-777-5536** (TTY **711**), para obtener una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que está viendo están en la red. Si no figuran, probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para surtir sus medicamentos recetados está en la red. Si la farmacia no figura, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.

Información sobre reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B. Por lo general, esta prima se debita de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, primas, copago y/o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- ☐ Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores que estén fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).

En el Distrito de Columbia, Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. En Maryland y Virginia, Kaiser Permanente es un plan HMO y un plan Cost que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.



H2150_H2172_18_53_SP_C

61168308_2020

kp.org/obtengamedicare

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 (Health Maintenance Organization, HMO)