

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

# 2022

# Resumen de Beneficios

---

## Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA Plan (HMO)
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA Plan (HMO)
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High VA Plan (HMO)

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



## Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar Kaiser Permanente Medicare Advantage. Puede utilizar este **Resumen de beneficios** para obtener más información sobre nuestros planes. Incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la 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 de 3 planes Kaiser Permanente Medicare Advantage que incluyen cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. 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, en [kp.org/eocmasma](http://kp.org/eocmasma), o solicite una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

### ¿Tiene preguntas?

- Si no es miembro, por favor, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**).
- Si es miembro, por favor, 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 está cubierto y cuánto cuesta

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

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Con nuestro plan Value VA, usted paga	Con nuestro plan Standard VA, usted paga	Con nuestro plan High VA, usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$22</b>	<b>\$142</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> No incluye los medicamentos de Medicare Parte D	<b>\$6,500</b>	<b>\$6,200</b>	<b>\$5,700</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>\$300</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización	<b>\$200</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización	<b>\$200</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*†</b>	<b>De \$0 a \$275</b> por consulta	<b>De \$0 a \$175</b> por consulta	<b>De \$0 a \$125</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*†</b>	<b>\$275</b> por consulta	<b>\$175</b> por consulta	<b>\$125</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b>			
• Médicos de atención primaria	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
• Especialistas*†	<b>\$45</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<b>Atención preventiva*†</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$90</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$90</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$90</b> por consulta en el Departamento de Emergencias

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con nuestro plan Value VA, usted paga</b>	<b>Con nuestro plan Standard VA, usted paga</b>	<b>Con nuestro plan High VA, usted paga</b>
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$45</b> por visita al consultorio	<b>\$35</b> por visita al consultorio	<b>\$30</b> por visita al consultorio
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de laboratorio</li> <li>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como un ECG)</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografías</li> </ul>	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como MRI, TC y TEP)</li> </ul>	<b>\$175</b> por procedimiento	<b>\$65</b> por procedimiento	<b>\$40</b> por procedimiento
<b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</li> </ul>	<b>\$45</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (asignación por oído cada tres años)</li> </ul> Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).	<b>\$500 de asignación</b>  Si el audífono que compre cuesta más de \$500, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>\$500 de asignación</b>  Si el audífono que compre cuesta más de \$500, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>\$500 de asignación</b>  Si el audífono que compre cuesta más de \$500, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental preventiva</li> </ul>	<b>\$30</b> por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpieza dental, radiografías de mordida y	<b>\$30</b> por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpieza dental, radiografías de mordida y	<b>\$30</b> por consulta para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas por año para exámenes bucales, limpieza dental, radiografías de mordida y

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con nuestro plan Value VA, usted paga</b>	<b>Con nuestro plan Standard VA, usted paga</b>	<b>Con nuestro plan High VA, usted paga</b>
	1 tratamiento con fluoruro).	1 tratamiento con fluoruro).	1 tratamiento con fluoruro).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul>	El monto que paga varía según el servicio, consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.	El monto que paga varía según el servicio, consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.	El monto que paga varía según el servicio, consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.
<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> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$10</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$45</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$35</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$30</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección preventivo del glaucoma y servicios relacionados con la retinopatía diabética</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<b>20 %</b> de coseguro hasta el límite de Medicare y usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	<b>20 %</b> de coseguro hasta el límite de Medicare y usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	<b>20 %</b> de coseguro hasta el límite de Medicare y usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la visión (asignación cada dos años)</li> </ul> Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).	Si el artículo para la visión cuesta más de <b>\$200, usted paga la diferencia.</b>	Si el artículo para la visión cuesta más de <b>\$250, usted paga la diferencia.</b>	Si el artículo para la visión cuesta más de <b>\$250, usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta

Beneficios y primas	Con nuestro plan Value VA, usted paga	Con nuestro plan Standard VA, usted paga	Con nuestro plan High VA, usted paga
<b>Instalación de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios.	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$188</b> al día, del día 21 al 100</li> </ul>	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$188</b> al día, del día 21 al 100</li> </ul>	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$150</b> al día para los días 21 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*†</b>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<b>Ambulancia</b>	<b>\$275</b> por viaje sencillo	<b>\$225</b> por viaje sencillo	<b>\$225</b> por viaje sencillo
<b>Transporte</b> Cubrimos hasta 24 viajes sencillos por año calendario a las instalaciones de un proveedor de la red.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<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 los detalles y el <b>Directorio de farmacias</b> para conocer las ubicaciones de farmacias del plan preferidas y estándar. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica</li> </ul>	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro dependiendo del medicamento.	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro dependiendo del medicamento.	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro dependiendo del medicamento.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$45</b> en una farmacia preferida del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$45</b> en una farmacia preferida del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$42</b> en una farmacia preferida del plan</li> </ul>

Beneficios y primas	Con nuestro plan Value VA, usted paga	Con nuestro plan Standard VA, usted paga	Con nuestro plan High VA, usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$47 en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$47 en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$47 en una farmacia estándar del plan</li> </ul>

## Cobertura de Medicare Parte D para medicamentos de venta con receta†

La cantidad que paga por los medicamentos variará en función de lo siguiente:

- El plan en el que se inscribe (Value, Standard o High).
- El nivel en el que se encuentre 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](http://kp.org/seniorrx) o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días de suministro que obtenga (como un suministro de 30 días o 90 días). Nota: Un suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surta su receta (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestra farmacia de pedidos por correo). Para conocer la ubicación de nuestras farmacias, consulte el **Directorio de farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (etapa de cobertura con deducible, inicial, del período de intervalo en la cobertura o para catástrofes).

### Etapa del deducible

Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso y comienza el año en la etapa de cobertura inicial.

## 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 el costo total anual de sus medicamentos alcance los **\$4,430**. (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 \$4,430 en 2022, pasará al período de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Farmacia preferida del plan			Farmacia estándar del plan
	Un suministro de hasta 30 días			
	Plan Value	Plan Standard	Plan High	Todos los planes
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	<b>\$3</b>	<b>\$3</b>	<b>\$3</b>	<b>\$10</b>
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	<b>\$12</b>	<b>\$12</b>	<b>\$12</b>	<b>\$20</b>
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos)	<b>\$45</b>	<b>\$45</b>	<b>\$42</b>	<b>\$47</b>
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferidos)	<b>\$100</b>	<b>\$100</b>	<b>\$80</b>	<b>\$100</b>
<b>Nivel 5</b> (Especialidad)	<b>33 % de coseguro</b>			
<b>Nivel 6</b> (Vacunas)	<b>\$0</b>			

### 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 pedidos por correo.

Para 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 minoristas o estándar de pedidos por correo, usted paga 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 90 días de una de nuestras farmacias minoristas o estándar de pedidos por correo, usted paga 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 pedidos por correo, usted paga 2 copagos.

**Nota:** Por un suministro de 31 a 90 días de medicamentos sujetos a coseguro, usted paga el coseguro mencionado en la tabla anterior.

## Etapa del período de intervalo en la cobertura

La etapa del período de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gasta **\$4,430** en sus medicamentos durante 2022. Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa del período de intervalo en la cobertura:

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

## Etapa de cobertura ante catástrofes

Si gasta **\$7,050** en sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2022, usted entrará en la etapa de cobertura ante catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted sí lo hace, sus copagos y coseguro cambiarán para el resto de 2022. Usted paga lo siguiente por medicamento recetado durante la etapa de cobertura para catástrofes:

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

## Atención a largo plazo, infusión intravenosa domiciliaria del plan y farmacias fuera del plan

- Si vive en un **centro de atención de largo plazo** y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de la Parte D cubiertos para **infusiones en el hogar** de una farmacia de infusiones en el hogar del plan se proporcionan sin cargo.
- 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 estándar 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**.

## Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura adicional por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Beneficios y primas de Advantage Plus	Usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$25</b>
<b>Asignación adicional de artículos para la visión*†</b> Cada 24 meses, se añade una asignación de \$175 a la asignación de artículos para la visión que se describe anteriormente en "Servicios para la vista".	Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de \$400 para los miembros del plan High o \$375 para los miembros de los planes Standard o Value, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos*†</b> Cada 3 años, se añade una asignación de \$1,000 a la asignación de audífonos que se describe anteriormente en "Servicios de audición" para comprar 1 audífono por oído.	Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$1,500 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventivos</li> </ul>	<b>\$10</b> por consulta para exámenes bucales, 2 limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro y radiografías.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrales</li> </ul>	El monto que paga varía según el servicio, consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Plan Value VA, usted paga	Plan Standard VA, usted paga	Plan High VA, usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: El programa Silver&amp;Fit®</b></p> <p>Usted no paga ningún costo adicional por una membresía estándar en cualquiera de los centros de acondicionamiento físico participantes en el programa Silver&amp;Fit. También puede elegir un kit de acondicionamiento físico en casa de una selección de kits que le ayudarán a mantenerse en forma en su lugar.</p> <p>El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se usa con permiso en el presente. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes podrían variar por ubicación y están sujetas a cambios.</p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo aparece el precio de cada artículo. Cada orden debe tener un valor de al menos \$20. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre. Para consultar nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/mas">kp.org/otc/mas</a>. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al <b>1-833-881-1422</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$30</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$50</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$60</b>.</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Plan Value VA, usted paga	Plan Standard VA, usted paga	Plan High VA, usted paga
<p><b>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficios fuera del área de servicio)</b></p> <p>Si viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua obtenidas de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red que no excedan los montos máximos de beneficios de \$1,200 en cargos cubiertos por el plan por año calendario.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados servicios cubiertos por <b>\$0</b> bajo Original Medicare.</li> <li>• Consultas de atención primaria y especializada.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos.</li> <li>• Radiografías y otras imágenes diagnósticas.</li> <li>• Consultas ambulatorias de atención de salud mental.</li> <li>• Medicamentos de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>Para obtener los detalles de cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo ubicar un proveedor elegible, cómo programar una cita, reclamaciones y cómo determinar si está fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente, consulte la Tabla de beneficios médicos, en el capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta el límite de beneficios anual de <b>\$1,200</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> por consulta de atención médica especializada.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta para radiografías y otras imágenes diagnósticas.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de terapia individual de atención de salud mental o abuso de sustancias o <b>\$15</b> por consulta de terapia grupal de atención de salud mental o abuso de sustancias.</li> <li>• <b>\$20</b> por consulta de atención primaria.</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta para pruebas de laboratorio.</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta por ECG, monitoreo con Holter y EEG.</li> <li>• <b>\$10</b> por sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• <b>\$0</b> por consultas de atención preventiva.</li> <li>• <b>\$20</b> por consultas de telesalud.</li> <li>• Usted paga un <b>coseguro del 20 %</b> por los medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o clínica.</li> </ul> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de <b>\$1,200</b> por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto máximo de beneficios.</p>		

## Quién puede inscribirse

Usted puede inscribirse en uno de nuestros planes si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. (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 en los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, que incluye los siguientes condados en Virginia: Arlington, Fairfax, Loudoun, Prince William, Spotsylvania y Stafford. Además, nuestra área de servicio incluye estas ciudades independientes en Virginia: Alexandria, City of Falls Church, Fairfax, Fredericksburg City, Manassas y Manassas Park.

## Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la **Evidencia de Cobertura**, en los siguientes casos:

- 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 del plan 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)
  - Referencias 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 del plan que pagaría por recibir la atención que se menciona anteriormente con proveedores fuera del plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, usted debe pagar el costo completo.

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios sin cobertura (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Cómo obtener atención médica

En general, usted puede obtener todos los servicios cubiertos que necesite en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. 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 solicite que le envíen una copia llamando 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 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 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 son del área de medicina interna o medicina familiar. También debe elegir a uno de nuestros proveedores 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**.

## **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 condiciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de cuidado personal. 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 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 ante nosotros. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones sobre la cobertura y hacer apelaciones, incluidas las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

### **Kaiser Foundation Health Plan**

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States es una corporación sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado 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 distintos beneficios, copagos, coseguro, primas y áreas de servicio del plan. 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.

## Language assistance services

### 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี 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

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ 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 تماس بگیری **1-888-777-5536** (TTY: **711**)

## Arabic

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

## 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 નિ:શુલ્ક 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 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 **1-888-777-5536** (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 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 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, 1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Privacidad

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

## 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 la diferencia.

### Período de beneficios

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

### Año calendario

El año que inicia el 1 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.

**Deducible**

Es la cantidad que debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D antes de entrar a la etapa de cobertura inicial.

**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 coseguros 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 de atención que no tiene un acuerdo con Kaiser Permanente para brindar atención a nuestros miembros.

**Plan**

Kaiser Permanente Medicare Advantage

**Prima del plan**

El monto que paga por su atención médica y la 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 farmacia, o un profesional de la salud, como un médico o enfermero.

**Farmacia preferida**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas 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 lo que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándar, a las cuales se les llama farmacias estándar en este documento.

**Autorización previa**

Algunos servicios o artículos se cubren solo si su proveedor del plan recibe la aprobación por adelantado de nuestro plan (a veces llamada autorización previa). Los servicios o artículos sujetos a la 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 médicas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan.

**Farmacia estándar**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas 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 usted paga en estas farmacias es mayor que lo que paga en las farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales se les llama farmacias preferidas en este documento.

**Área de servicio**

El área geográfica donde ofrecemos planes Kaiser Permanente Medicare Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en una de nuestras áreas de servicio del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. 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.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea, en **medicare.gov**, o pedir una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

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

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

 **Please recycle.**

 **KAISER PERMANENTE®**