

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

2024

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Senior Advantage Core DM Plan (HMO),
Kaiser Permanente Senior Advantage Silver DM Plan (HMO-POS),
Kaiser Permanente Senior Advantage Gold Plan (HMO-POS) y
Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM Plan (HMO-POS)

Área de servicio Metropolitana de Denver

H0630_24SB013015016025SP_M
PBP #: 013, 015, 016 & 025
1206171066 DB13151625

 KAISER PERMANENTE®

Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior 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, incluidos los beneficios de Punto de Servicio (POS) para miembros del plan Silver, Gold y Bronze
- descuentos de productos y servicios para miembros
- 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 4 planes de Kaiser Permanente Senior Advantage, Core DM (mencionado en este documento como “plan Core”), Silver DM (mencionado en este documento como “plan Silver”), Gold, y Bronze DM (mencionado en este documento como “plan Bronze”). No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidence of Coverage (EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web, en kp.org/eocodb (haga clic en “Español”), o solicite una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Los planes Kaiser Permanente Senior Advantage Silver, Gold y Bronze tienen un beneficio de punto de servicio (POS). “Punto de servicio” significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan para ciertos servicios. No todos los servicios están cubiertos por el POS. Los servicios cubiertos por el POS se indican en la sección “Beneficios adicionales” y también en su EOC.

¿Tiene preguntas?

- Si no es un miembro, llame al **1-877-408-3492 (TTY 711)**.
- Si es un miembro, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167 (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 tenga que proporcionar un referido.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Prima mensual del plan	\$0	\$0	\$35.30	\$181
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	\$3,900	\$4,100	\$3,400	\$3,000
Servicios para pacientes hospitalizados*† No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	\$195 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$250 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$165 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$125 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†	\$195 por consulta	\$225 por consulta	\$175 por consulta	\$100 por consulta
Centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)*†	\$115 por consulta	\$150 por consulta	\$100 por consulta	\$75 por consulta
Consultas médicas				
• médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
• Especialistas	\$15 por consulta	\$35 por consulta	\$10 por consulta	\$10 por consulta
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Evaluación y asesoramiento por consumo indebido de alcohol • Mediciones de masa ósea (densidad ósea) • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal 	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enema de bario, colonoscopias, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles y pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples) • Pruebas de detección de la depresión • Exámenes de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Pruebas de detección de hepatitis C • Prueba de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (prueba de detección) • Medicare Diabetes Prevention Program • Servicios de terapia nutricional • Pruebas de detección de la obesidad y asesoramiento • Consulta preventiva única de “Bienvenido a Medicare” • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas que incluyen vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra el neumococo • Asesoramiento para dejar de fumar • Consulta de “bienestar” anual 				

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$120 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$120 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$120 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$110 por consulta en el Departamento de Emergencias
Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$35 por consulta	\$40 por consulta	\$35 por consulta	\$25 por consulta
Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*				
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio† • pruebas y procedimientos de diagnóstico (como un ECG)† • Radiografías 	\$0	\$0	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como IRM, CT y PET)† 	\$90 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$40 por ultrasonidos)	\$140 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$40 por ultrasonidos)	\$75 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$35 por ultrasonidos)	\$50 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$20 por ultrasonidos)
Servicios para la audición				
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas • Pruebas de audición de rutina • Examen de ajuste o evaluación de audífonos 	\$0	\$0	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de audífonos cada dos años para comprar audífonos* • Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte las opciones 1 y 2 de Advantage Plus para obtener más información). 	\$500 de asignación por oído. Si el audífono que compre cuesta más de \$500 , usted paga la diferencia.	\$500 de asignación por oído. Si el audífono que compre cuesta más de \$500 , usted paga la diferencia.	\$500 de asignación por oído. Si el audífono que compre cuesta más de \$500 , usted paga la diferencia.	\$500 de asignación por oído. Si el audífono que compre cuesta más de \$500 , usted paga la diferencia.

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<p>Servicios dentales Atención dental preventiva y diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales al año) • profilaxis (limitado a dos limpiezas por año) • fluoruro tópico (una vez cada 12 meses) • radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses) • radiografía de aleta de mordida (un conjunto cada 12 meses) • radiografía periapical (cuatro cada 12 meses) • radiografía oclusal (dos cada 12 meses) • pruebas de vitalidad pulpar 	\$0	\$0	\$0	\$0
<p>Atención dental integral cuando la proporcionan los dentistas de Delta Dental Premier® o Delta Dental PPO™ (consulte el Directorio de proveedores para conocer los dentistas de la red).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, endodoncias y periodoncias. Consulte la EOC para obtener más información. No todos los servicios integrales están cubiertos para todos los planes. Vea la cobertura de su plan específico a la derecha. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”). 	<p>Coseguro del 30 % por empastes y coseguro del 50 % por servicios de endodoncia y servicios de periodoncia de los dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$1,450 (límite de beneficios anual combinado) para servicios preventivos e integrales.</p> <p>Una vez que alcance el límite anual, usted paga el 100 %</p>	<p>30 % de coseguro por servicios dentales integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$2,350 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o 50 % de coseguro por servicios dentales</p>	<p>30 % de coseguro por servicios dentales integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$1,650 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o 50 % de coseguro por servicios dentales</p>	<p>30 % de coseguro por servicios dentales integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$1,650 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o 50 % de coseguro por servicios dentales</p>

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, recibirá cobertura dental integral adicional (consulte la opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).	durante el resto del año.	<p>integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,350 para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$500.</p>	<p>integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$1,650 para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$500.</p>	<p>integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$1,650 para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$500.</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos • Examen de detección preventivo del glaucoma • Exámenes rutinarios de la vista 	\$0	\$0	\$0	\$0

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata 	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> • Otros artículos para la vista • Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte la opción 1 de Advantage Plus para obtener más información). 	Asignación de \$350 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350 , usted paga la diferencia.	Asignación de \$350 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350 , usted paga la diferencia.	\$250 de asignación cada año. Si el artículo para la visión cuesta más de \$250 , usted paga la diferencia.	Asignación de \$350 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350 , usted paga la diferencia.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*† 	Usted paga \$195 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$250 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$165 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$125 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).
<ul style="list-style-type: none"> • terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$5 por consulta	\$5 por consulta	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$5 por consulta	\$0
Centro de enfermería especializada*† Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios.	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 al día, del día 1 al 20 • \$203 al día, del día 21 al 41 • \$0 al día, del día 42 al 100 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 al día, del día 1 al 20 • \$203 al día, del día 21 al 45 • \$0 al día, del día 46 al 100 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 al día, del día 1 al 20 • \$203 al día, del día 21 al 37 • \$0 al día, del día 38 al 100 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 al día, del día 1 al 10 • \$20 por día para los días del 11 al 100
Fisioterapia*	\$15 por consulta	\$25 por consulta	\$10 por consulta	\$10 por consulta
Ambulancia†	\$200 por traslado sencillo	\$200 por traslado sencillo	\$160 por viaje sencillo	\$150 por viaje sencillo

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<p>Transporte Cubrimos una cierta cantidad de viajes sencillos por año calendario como se indica a la derecha (limitados a una distancia por viaje sencillo de 55 millas) para llevarlo con un proveedor del plan o de regreso a su casa, cuando los proporciona nuestro proveedor de servicios de transporte. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0 por hasta 12 viajes sencillos por año calendario para llevarlo hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de viajes es combinado (consulte la opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p>\$0 por hasta 8 viajes sencillos por año calendario para llevarlo hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de viajes es combinado (consulte la opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p>\$0 por hasta 16 viajes sencillos por año calendario para llevarlo hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de viajes es combinado (consulte la opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p>\$0 por hasta 30 viajes sencillos por año calendario para llevarlo hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de viajes es combinado (consulte la opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B† Los medicamentos de Medicare Parte B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la EOC para obtener los detalles y el Directorio de farmacias para conocer las ubicaciones de farmacias del plan preferidas y estándar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica 	<p>Coseguro del 0 % al 20 % dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del 0 % al 20 % dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del 0 % al 20 % dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del 0 % al 20 % dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan 	<ul style="list-style-type: none"> \$5 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 en una farmacia preferida del plan \$20 en una farmacia estándar del plan

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 en una farmacia preferida del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. • \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 en una farmacia preferida del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. • \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 en una farmacia preferida del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. • \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 en una farmacia preferida del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME. • \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.

Cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare Parte D†

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

- El plan en el que se inscriba (Core, Silver, Gold o Bronze).
- 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 (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de 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: El suministro para 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 (haga clic en “Español”).
Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentra (deducible, cobertura inicial, periodo de intervalo en la cobertura o etapas de cobertura para catástrofes).

Nota: Medicare ofrece Extra Help para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Extra Help, los costos compartidos que se mencionan a continuación podrían no aplicarse a usted; en lugar de eso, consulte la **Cláusula de la Evidencia de Cobertura sobre personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados**.

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 hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los **\$5,030**. (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 \$5,030 en 2024, pasará al período de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan					
	Un suministro de hasta 30 días		Suministro de 31 a 60 días		Suministro de 61 a 90 días	
	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Farmacia preferida	Farmacia estándar
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0	\$15	\$0	\$30	\$0	\$45
Nivel 2 (Genéricos) • Miembros de los planes Core , Silver y Gold	\$0	\$20	\$0	\$40	\$0	\$60
• Miembros del plan Bronze	\$5	\$20	\$10	\$40	\$15	\$60

Nivel 3* (De marca preferidos)	\$40	\$47	\$80	\$94	\$120	\$141
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$80	\$100	\$160	\$200	\$240	\$300
Nivel 5* (Especializados)	33 %					
Nivel 6** (Vacunas)	\$0	\$0	N/A		N/A	

*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro de 31 a 60 días y **\$105** por un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

**Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Nivel del medicamento	Farmacia de orden por correo del plan		
	Un suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genéricos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 3* (De marca preferidos)			
• Miembros del plan Bronze o Core	\$40	\$80	\$120
• Miembros de los planes Silver o Gold	\$40	\$80	\$100
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$80	\$160	\$240
Nivel 5* (Especializados)	33 %		

Nota: El Nivel 6 (vacunas) no está disponible mediante pedido por correo.

*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días y **\$70** por un suministro de 31 a 60 días. Los miembros de los planes Bronze y Core no pagarán más de **\$105** por un suministro de 61 a 90 días de medicamentos del Nivel 3. Los miembros de los planes Gold y Silver no pagarán más de **\$100** por un suministro de 61 a 90 días de medicamentos del Nivel 3. Todos los miembros no pagarán más de **\$105** por un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de los Niveles 4 y 5.

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 **\$5,030** en sus medicamentos durante 2024. Durante esta etapa, usted paga un coseguro del **25 %** por sus medicamentos cubiertos de la Parte D (medicamentos genéricos y de marca).

Etapa de cobertura ante catástrofes

Si usted u otra persona en su nombre gasta **\$8,000** en sus medicamentos recetados de la Parte D en 2024, usted entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted lo hace, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D en 2024.

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 medicamentos cubiertos de la Parte D de una **farmacia fuera del plan**, usted paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera del plan únicamente cuando no puede utilizar una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información.

Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir uno o dos paquetes de beneficios suplementarios opcionales. Llamamos a los paquetes Opción 1 de Advantage Plus y Opción 2 de Advantage Plus. Los paquetes le ofrecen cobertura adicional por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información.

*Es posible que su proveedor del plan tenga que proporcionar un referido.

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Prima mensual adicional	\$39	\$39	\$39	\$39
Artículos para la visión Una asignación adicional de \$200 para comprar artículos para la visión cada 12 meses	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$350 que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Si su artículo para la visión cuesta más que	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$350 que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Si su artículo para la visión cuesta más que	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$250 que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Si el artículo para la visión que compre	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$350 que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Si su artículo para la visión cuesta más que

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
	la asignación combinada de \$550, usted paga la diferencia.	la asignación combinada de \$550, usted paga la diferencia.	cuesta más que la asignación combinada de \$450, usted paga la diferencia.	la asignación combinada de \$550, usted paga la diferencia.
<p>Audífonos* Asignación de \$500 para comprar 1 audífono por oído cada 2 años. Nota: Si se inscribe en ambas opciones del plan Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2), la asignación es de \$1,000 por oído, la cual se añade a la asignación descrita en “Servicios para la audición”.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>
<p>Atención dental integral Los servicios básicos y mayores cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones dentales, endodoncias, periodoncia y dentaduras postizas cuando las proporcionen los dentistas de Delta Dental Premier® o de Delta Dental PPO™ (consulte el Directorio de proveedores para conocer los dentistas de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite anual del beneficio: \$1,000 <p>Nota: Todos los miembros del plan tienen cobertura para los servicios dentales integrales que se describen en “Servicios dentales”. Los límites de ambos beneficios se</p>	<p>Después de que el plan pague \$1,000 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de</p>	<p>Después de que el plan pague \$1,500 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de</p>	<p>Después de que el plan pague \$1,500 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de</p>	<p>Después de que el plan pague \$1,500 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de</p>

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<p>combinan como se muestra a la derecha. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$2,450 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,450 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,000.</p>	<p>Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$3,350 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$3,350 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,500.</p>	<p>Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$2,650 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,650 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,500.</p>	<p>Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$2,650 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,650 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,500.</p>

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Servicios integrales básicos	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, hasta el límite anual de beneficios.</p> <p>Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, hasta el límite anual de beneficios.</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, hasta el límite anual de beneficios.</p> <p>Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, hasta el límite anual de beneficios.</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, hasta el límite anual de beneficios.</p> <p>Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, hasta el límite anual de beneficios.</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, hasta el límite anual de beneficios.</p> <p>Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, hasta el límite anual de beneficios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios integrales mayores <p>Consulte la EOC para obtener más información.</p>	Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales mayores hasta el límite anual de beneficios.	Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales mayores hasta el límite anual de beneficios.	Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales mayores hasta el límite anual de beneficios.	Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales mayores hasta el límite anual de beneficios.

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<p>Apoyo en el hogar Lo cubrimos por hasta 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia de ADL e IADL en el hogar. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0 8 horas de apoyo o 16 horas de apoyo si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 8 horas de apoyo o 16 horas de apoyo si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 16 horas de ayuda o 24 horas de ayuda si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 16 horas de ayuda o 24 horas de ayuda si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
Prima mensual adicional	\$14	\$14	\$14	\$14
<p>Acupuntura 16 consultas por año calendario</p>	\$15 por consulta	\$15 por consulta	\$15 por consulta	\$15 por consulta
<p>Audífonos* Asignación de \$500 para comprar 1 audífono por oído cada 2 años. Nota: Si se inscribe en ambas opciones del plan Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2), la asignación es de \$1,000 por oído, la cual se añade a la asignación descrita en “Servicios para la audición”.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>	<p>Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$500 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga
<p>Transporte Cubrimos hasta 20 viajes sencillos por año calendario (limitados a una distancia de ida o vuelta de 55 millas) para llevarlo con un proveedor del plan o de regreso a su casa, cuando los proporciona nuestro proveedor de servicios de transporte. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 32 viajes sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 28 viajes sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 36 viajes sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 50 viajes sencillos por año calendario.</p>
<p>Apoyo en el hogar Lo cubrimos por hasta 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia de ADL e IADL en el hogar. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0 8 horas de apoyo o 16 horas de apoyo si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 8 horas de apoyo o 16 horas de apoyo si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 16 horas de ayuda o 24 horas de ayuda si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>	<p>\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 16 horas de ayuda o 24 horas de ayuda si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (Opción 1 y Opción 2).</p>

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio suplementario de punto de servicio) solo para miembros de los planes Bronze, Silver, Gold</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 \$1,000 en cargos cubiertos por el plan por año calendario.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos cubiertos por \$0 bajo Original Medicare. • Consultas de atención primaria y especializada. • Pruebas y servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Radiografías y ecografías. • Consultas ambulatorias de atención de salud mental. • Medicamentos de Medicare Parte B. <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 el capítulo 4, sección 2.2 de la Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Miembros de los planes Bronze, Silver y Gold:</p> <p>Usted paga lo siguiente hasta el límite anual de beneficios de \$1,000:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 por ultrasonido para los miembros del plan Bronze, \$35 por ultrasonido para los miembros del plan Silver y \$20 por ultrasonido para los miembros del plan Gold. • \$35 por consulta de atención especializada para miembros del plan Bronze y \$10 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver o Gold. • \$35 por consulta individual de atención especializada y \$0 por consulta grupal para rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva para los miembros del plan Bronze y \$10 por consulta individual de atención especializada y \$0 por consulta grupal para rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva para los miembros del plan Silver o Gold. • \$35 por consulta de atención especializada y educativa sobre la enfermedad renal y \$0 por consulta de atención primaria educativa sobre la enfermedad renal para los miembros del plan Bronze, y \$10 por consulta de atención especializada y educativa sobre la enfermedad renal y \$0 por consulta de atención primaria educativa sobre la enfermedad renal para los miembros del plan Silver o Gold. • \$35 por consulta de servicios del programa de tratamiento con opioides y \$10 por servicios del programa de tratamiento con opioides para miembros del plan Silver o Gold.

	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 por consulta de podología para miembros del plan Bronze y \$10 por consulta de podología para miembros del plan Silver o Gold. • \$25 por consulta para terapia física, del habla y ocupacional para los miembros del plan Bronze y \$10 por consulta para terapia física, del habla y ocupacional para los miembros del plan Silver o Gold. • \$20 por consulta quiropráctica para miembros de los planes Bronze o Silver y \$15 por consultas quiroprácticas para miembros del plan Gold. • \$10 por consulta de terapia individual y \$5 por consulta de terapia grupal para atención de salud mental, psiquiátrica y por abuso de sustancias para miembros del plan Bronze, \$5 por consulta de terapia individual y \$0 por consulta de terapia grupal para atención de salud mental, psiquiátrica y por abuso de sustancias para miembros del plan Silver, y \$0 para atención de salud mental, psiquiátrica y por abuso de sustancias para miembros del plan Gold. • \$5 por consulta para rehabilitación pulmonar. • \$0 por consultas de atención primaria. • \$0 por pruebas de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico. • \$0 por consultas de atención preventiva. • \$0 por sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • \$0 por exámenes físicos anuales. • \$0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes. • \$0 por consultas de detección de glaucoma. • \$0 por exámenes de audición cubiertos por Medicare. • \$0 por servicios de oftalmología cubiertos por Medicare. • Usted paga del 0 % al 20 % de los cargos admisibles del médico por los medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o
--	---

	<p>clínica. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,000 por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto máximo de beneficios.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) 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 beneficios trimestral que se muestra en la columna de la derecha. Cada orden debe ser de por lo menos \$35. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0 hasta el siguiente límite de beneficios trimestral, según el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de beneficios trimestral de \$120 para miembros del plan Bronze. • Límite de beneficios trimestral de \$90 para miembros del plan Gold. • Límite de beneficios trimestral de \$80 para miembros del plan Silver. • Límite de beneficios trimestral de \$70 para miembros del plan Core.
<p>Ayuda en casa solo para miembros de los planes Silver y Gold Lo cubrimos por hasta 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) en el hogar. Consulte la EOC para obtener más información. Nota: Este beneficio no está cubierto para los miembros de los planes Core o Bronze, a menos que se inscriban para recibir beneficios suplementarios opcionales (consulte “Advantage Plus” para obtener más información). Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p>	<p>\$0</p>

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a atender a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Descuentos de productos y servicios para miembros

Kaiser Permanente trabaja con compañías líderes para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrece ahorros y descuentos importantes.

Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema de respuesta ante emergencias personal que brinda ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana con solo presionar un botón. Reciba una tarifa de dispositivo única y reducida, y la opción de dos planes de servicio mensuales (se pueden aplicar límites de cobertura). Visite greatcall.com/KP o llame al **1-800-205-6548** (TTY 711) para obtener más información.

CareLinx

Kaiser Permanente se ha asociado con CareLinx para brindarle un descuento por la compra de ayuda a domicilio no médica con las actividades diarias. Su cuidador puede ayudarle a vivir un estilo de vida independiente en su propio hogar ayudándole con tareas domésticas ligeras, preparación de comidas, compañía y más.

Visite carelinx.com/kpco o llame sin costo al **1-844-636-4592**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y los fines de semana de 9 a. m. a 5 p. m.

Atención y ayuda en el hogar con Comfort Keepers®

Servicios de atención en el hogar para ayudarle a mantener la independencia en el hogar con todo, desde atención las 24 horas, relevo, preparación de comidas y tareas domésticas básicas. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación de seguridad en el hogar sin cargo.

Visite comfortkeepers.com/kaiser-permanente o llame al **1-800-611-9689** (TTY 711) para obtener más información.

Entrega de comidas saludables de Mom's Meals®

La obtención de una nutrición correcta es esencial para alcanzar y mantener una buena salud. Reciba la entrega de comidas refrigeradas listas para calentar y comer a hogares en todo el país. Creadas por chefs y nutricionistas titulados, las comidas se ajustan médicamente para apoyar a la mayoría de las condiciones crónicas y al bienestar general. Los miembros de Kaiser Permanente disfrutan de un precio con descuento y envíos gratis de Mom's Meals. Visite momsmealsnc.com o llame al **1-866-224-9483** (TTY 711) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden seguir usando o eligiendo estos productos o servicios de la compañía de su elección, pero los descuentos de Kaiser Permanente están disponibles únicamente con los socios antes mencionados. Los productos y servicios antes descritos no son ofrecidos ni están garantizados por nuestro contrato con el programa Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa sobre estos productos y servicios podría estar sujeta al proceso de queja formal de Kaiser Permanente Senior Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus compañías afiliadas. ©2022 Best Buy. Reservados todos los derechos.

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 de estos planes, que incluye los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin, Jefferson y 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
 - Solo para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, la atención cubierta bajo el beneficio punto de servicio de Medicare Explorer. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.
 - 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).
 - Las referencias a proveedores fuera del plan si recibió la aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito
 - La atención de rutina de un médico de Colorado Permanente Medical Group (CPMG) en un consultorio médico de Kaiser Permanente en nuestras áreas de servicio del Norte o Sur de Colorado

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro del plan cuando recibe la atención cubierta que se mencionó anteriormente por parte de 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 el **Directorio de farmacias** en kp.org/directory (haga clic en “Español”), o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167** (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 le 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 un médico o cambiar de médico llamando al **1-855-208-7221** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m., o en kp.org.

Ayuda para el manejo de afecciones

Si tiene más de una 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 a su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. 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 solicitarnos que le proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que cree que debería estar cubierto enviándonos un reclamo dentro de un período de tiempo específico que incluya la fecha en que recibió el artículo o servicio. 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.

Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** en kp.org/privacy (haga clic en “Español”) 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 periodo 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 recetados. 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.

HMO-POS

Plan de organización para el HMO que cuenta con un beneficio de punto de servicio (POS). "Punto de servicio" significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan para ciertos servicios.

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 Senior Advantage

Prima del plan

La cantidad que paga por su atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Senior 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.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO y de un POS de una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) renuevan anualmente este contrato. 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 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**.

Aviso de No Discriminación

Kaiser Permanente cumple las leyes civiles federales y del estado de Colorado, y no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género ni cualquier otro motivo protegido por las leyes federales o estatales.

Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - 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 las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Si considera que Kaiser Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar una queja formal por correo a: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o por teléfono a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700 (TTY 711)**. También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica por medio del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO, de POS de una HMO y de una PPO, con contratos de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-476-2167 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-476-2167 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-476-2167 (TTY 711)**. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-476-2167 (TTY 711)**. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-476-2167 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-476-2167 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-476-2167 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-476-2167 (TTY 711)**. にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
10350 East Dakota Avenue
Denver, CO 80247

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado. Una organización sin fines de lucro y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).