

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

2024

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Senior Advantage Choice DM (PPO)

Área de servicio Metropolitana de Denver

H3138_24SB001SP_M
PBP #: 001
1206196455 DB01



Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage Choice DM. Puede utilizar este **Resumen de beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos recetados de la Parte D
- beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus PPO)
- beneficios adicionales
- 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. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (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.

Kaiser Permanente Senior Advantage Choice DM tiene una red de proveedores, incluidos médicos, hospitales y farmacias. Usted paga costos compartidos dentro de la red cuando recibe atención de un proveedor de la red. También puede consultar a cualquier proveedor fuera de la red que acepte Medicare, pero puede pagar copagos y coseguros más altos cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red. Si utiliza una farmacia fuera de la red, es posible que nuestro plan no pague los medicamentos o que usted pague más que una farmacia preferida dentro de la red.

¿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 deba proporcionar un referido para servicios dentro de la red.

†Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.

Beneficios y primas	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Prima mensual del plan	\$0	
Deducible	Ninguno	
Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	\$5,100 Lo máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red que están sujetos al máximo.	\$8,950 Lo máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro y fuera de la red que están sujetos al máximo.
Servicios para pacientes hospitalizados*† No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	\$295 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$500 al día, del día 1 al 18 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†	\$250 por consulta	Coseguro de 40 %
Centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)*†	\$200 por consulta	Coseguro de 40 %
Consultas médicas		
• médicos de atención primaria	\$0	\$30 por consulta
• Especialistas	\$30 por consulta	\$50 por consulta
Atención preventiva		
<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 	\$0 Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.	\$0 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	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, 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 • Inyecciones 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	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$120 por consulta en el Departamento de Emergencias	
Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$45 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)† 	\$0	Coseguro de 40 %
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	\$15 por radiografía	Coseguro de 40 %
<ul style="list-style-type: none"> • Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como IRM, CT y PET)† 	\$150 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$50 por ultrasonidos)	Coseguro de 40 %
Servicios para la audición <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas 	\$10 por consulta	Coseguro de 40 %
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición de rutina • Examen de ajuste o evaluación de audífonos 	\$0	Coseguro de 40 %
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de audífonos cada año para comprar audífonos* 	Asignación de \$300 para ambos oídos combinados. Si el audífono que compre cuesta más de \$300, usted paga la diferencia. Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.	
Servicios dentales Atención dental preventiva y diagnóstica: <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) 	\$0 hasta el límite de beneficio anual combinado especificado a continuación. Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.	

Beneficios y primas	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • radiografía periapical (cuatro cada 12 meses) • radiografía oclusal (dos cada 12 meses) • Pruebas de vitalidad pulpar <p>Atención dental integral cuando la proporcionan los dentistas de 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, endodoncias y periodoncia. Consulte la EOC para obtener más información. <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</p> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, recibirá cobertura dental integral adicional (consulte Advantage Plus PPO para obtener más información).</p>	<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 \$1,350 (límite de beneficios anual combinado) para servicios preventivos e integrales.</p> <p>Una vez que alcance el límite anual, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.</p>	
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo 	<p>\$10 por consulta de optometría \$30 por consulta de oftalmología</p>	<p>Coseguro de 40 %</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes rutinarios de la vista 	<p style="text-align: center;">\$0</p>	<p>Coseguro de 40 %</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección preventivo del glaucoma 	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata 	<p>\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.</p>	<p>\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otros artículos para la vista 	<p>Asignación de \$400 cada año. Si su artículo para la visión cuesta más de \$400, usted paga la diferencia.</p> <p>Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.</p>	

Beneficios y primas	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*† 	Usted paga \$295 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$500 al día, del día 1 al 18 (\$0 durante el resto de su hospitalización).
<ul style="list-style-type: none"> terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$15 por consulta	\$40 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> Terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$25 por consulta	\$50 por consulta
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 46 \$0 al día, del día 47 al 100 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> \$225 por día, del día 1 al 40 \$0 al día, del día 41 al 100
Fisioterapia*	\$30 por consulta	Coseguro de 40 %
Ambulancia†	\$250 por viaje sencillo	
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").	\$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 Advantage Plus PPO para obtener más información). Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.	

Beneficios y primas	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
<p>Medicamentos de Medicare Parte B†</p> <p>Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos 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 • Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico • Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca 	<p>Coseguro del 0 % al 20 %. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p> <p>El costo compartido de insulina está sujeto al límite de coseguro de \$35 por el suministro de insulina para un mes.</p>	<p>Coseguro del 0 % al 40 %. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p> <p>El costo compartido de insulina está sujeto al límite de coseguro de \$35 por el suministro de insulina para un mes.</p>

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

En general, tiene que usar farmacias dentro de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Nota: Si utiliza una farmacia fuera del plan y de la red, es posible que nuestro plan no pague los medicamentos o que usted pague más que en una farmacia preferida dentro de la red.

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

- 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)	\$5	\$20	\$10	\$40	\$15	\$60
Nivel 3* (De marca preferidos)	\$45	\$47	\$90	\$94	\$135	\$141
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$100	\$200	\$200	\$300	\$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 1 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)	\$45	\$90	\$135
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$200	\$300
Nivel 5* (Especializados)	33 %	33 %	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, **\$70** por un suministro de 31 a 60 días y **\$105** por un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

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 **infusión intravenosa domiciliaria** de la Parte D cubiertos de una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria del plan se proporcionan sin cargo.
- Si recibe medicamentos cubiertos de la Parte D de una **farmacia fuera del plan** y fuera de la red, 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 PPO (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales. El paquete se llama Advantage Plus PPO. El paquete le ofrece 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 Advantage Plus PPO	Usted paga
Prima mensual adicional	\$36
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”). Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.	\$0 Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 28 viajes sencillos por año calendario.

Beneficios y primas de Advantage Plus PPO	Usted paga
<p>Atención dental integral</p> <p>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 combinan como se muestra a la derecha. El beneficio se combina dentro y fuera de la red.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras (haga clic en “Español”).</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 Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$2,350 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 \$2,350 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 \$1,000.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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>

Beneficios y primas de Advantage Plus PPO	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios integrales mayores Consulte la EOC para obtener más información.	Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales mayores hasta el límite anual de beneficios.
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.	\$0

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
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”). Nota: El beneficio se combina dentro y fuera de la red.	\$0 hasta el límite trimestral del beneficio de \$75 .

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 ayudarlo 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](https://www.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](https://www.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.

- Usted obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de un proveedor que es elegible para brindar servicios conforme a Medicare Original. Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor dentro de la red (proveedor del plan) o de un proveedor fuera de la red (proveedor fuera del plan).
 - Los proveedores del plan en nuestra red se mencionan en nuestro **Directorio de proveedores** y **Directorio de farmacias**.
 - Si utiliza un proveedor fuera del plan, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.
 - Tenga en cuenta que, aunque puede recibir atención de un proveedor fuera del plan, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con sus proveedores antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

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

Cómo obtener atención médica

Cómo obtener atención dentro de la red

En general, usted puede obtener todos los servicios cubiertos que necesite dentro de la red, 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 del plan, 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 dentro de la red, incluidas las hospitalizaciones, los referidos a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También puede elegir a uno de nuestros proveedores del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar su médico personal en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir un médico personal 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/espanol.

Ayuda para administrar 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.

Cómo obtener atención fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red (proveedores fuera del plan). Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores del plan o de proveedores fuera del plan, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.

No necesita obtener un referido o autorización previa cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura previa a la consulta para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son necesarios desde el punto de vista médico.

Si utiliza un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre estas situaciones.

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 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.

Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo combinada

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios recibidos de proveedores dentro y fuera de la red que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza los gastos máximos, no tendrá que pagar ningún copago ni coseguro por los servicios recibidos de proveedores dentro y fuera de la red que estén sujetos a los gastos máximos durante el resto del año.

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 dentro de la red

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios recibidos de proveedores de la red que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza los gastos máximos, no tendrá que pagar ningún copago ni coseguro por los servicios recibidos de proveedores de la red que estén sujetos a los gastos máximos durante el resto del año. Sin embargo, hasta que alcance el monto de gastos de bolsillo combinados, debe continuar pagando copagos o coseguro cuando recibe atención de proveedores fuera de la red.

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.

Farmacia fuera de la red

Una farmacia que no tiene un acuerdo con Kaiser Permanente para proporcionar medicamentos cubiertos a nuestros miembros. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red

Un proveedor o centro de atención que no tiene un acuerdo con Kaiser Permanente para brindar atención a nuestros miembros. Es posible que pague un copago o coseguro más alto cuando vea a un proveedor fuera de la red.

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 (red)

Un proveedor del plan o de la red puede ser un centro de atención, como un hospital o una 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.

Preferred Provider Organization (PPO) plan

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (preferred provider organization, PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contrato que acordaron tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de una PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban por medio de proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red.

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 PPO 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 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