

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

# 2024 Resumen de Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Santa Cruz County Plan (HMO)

H0524\_24SB054SP\_M  
PBP #: 054  
1048632147 N054





## Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan; este incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales
- Descuentos en productos y servicios para los miembros
- Quién puede inscribirse
- Reglas de 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 conocer los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web en [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) o pedir una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

### ¿Tiene alguna pregunta?

- Si usted no es miembro, por favor llame al **1-800-777-1238 (TTY 711)**.
- Si usted es miembro, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**.
- Los 7 días a 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 una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$65</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> No incluye los medicamentos de Medicare Parte D	<b>\$4,900</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	<b>\$200</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización
<b>Servicios para pacientes ambulatorios</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$150</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</b>	<b>\$150</b> por procedimiento
<b>Consultas médicas</b>	
• Médicos de atención primaria	<b>\$5</b> por consulta
• Especialistas*	<b>\$10</b> por consulta
<b>Atención preventiva*</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$120</b> por consulta en el Departamento de Emergencias
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$5</b>
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b>	
• Pruebas de laboratorio	<b>\$0</b>
• Pruebas y procedimientos diagnósticos (como el ECG)	
• Radiografías y ultrasonidos	<b>\$10</b> por encuentro
• MRI, TC y TEP	<b>\$190</b> por procedimiento
<b>Servicios para la audición*</b>	
• Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas.	<b>\$10</b> por consulta con un especialista

Beneficios y primas	Usted paga
<p><b>Servicios dentales*</b> La atención dental preventiva, diagnóstica y de periodoncia que se menciona a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales al año)</li> <li>• Profilaxis (limitado a dos limpiezas por año)†</li> <li>• Radiografías de mordida (dos juegos por periodo de 12 meses y una serie cada seis meses)†</li> <li>• Evaluación periodontal, limpieza de sarro y raspado radicular†</li> </ul> <p>Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, recibe beneficios dentales adicionales (consulte Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios para la vista*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes rutinarios de la vista</li> </ul>	<p><b>\$5</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección preventivo del glaucoma y prueba anual para detectar la retinopatía diabética</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata*</li> </ul>	<p><b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$200</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización (<b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$2</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$5</b> por consulta</p>
<p><b>Instalación de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por cada periodo de beneficios.</p>	<p>Por periodo de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> para los días 1 al 20</li> <li>• <b>\$100</b> por día para los días 21 al 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia*</b></p>	<p><b>De \$0 a \$10</b> por consulta</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p><b>\$250</b> por traslado sencillo</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>Sin cobertura</p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Los medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 0 % o 20 %</b> dependiendo del medicamento. Para algunos medicamentos puede ser menos del 20 % si se determina que dichos medicamentos exceden el monto de la inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de una farmacia del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$5</b> por medicamentos genéricos</li> <li>• <b>\$47</b> por medicamentos de marca, salvo que paga \$35 por medicamentos de insulina de la Parte B que se proporcionen a través de un artículo de DME.</li> </ul>

# 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 nivel en el que se encuentre su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días de suministro que obtiene (como un suministro de 30 días o 100 días). Nota: El suministro para más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- Ya sea que surta su receta en una de nuestras farmacias minoristas del plan o en nuestra farmacia para pedido por correo. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (deducible, cobertura inicial, periodo de intervalo en la cobertura o etapas de cobertura ante catástrofes).

Nota: Medicare proporciona Extra Help para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen un ingreso 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 de deducible

Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso, y usted empieza 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 periodo de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	<b>\$5</b>	<b>\$10</b>	<b>\$15</b>
<b>Nivel 3*</b> (Medicamentos de marca preferidos)	<b>\$47</b>	<b>\$94</b>	<b>\$141</b>
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$300</b>

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
Nivel 5* (Especialidad)	33 % de coseguro		
Nivel 6** (Vacunas)	\$0	N/A	N/A

\*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, usted no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro del día 31 al 60 y **\$105** por un suministro del día 61 al 100, independientemente del nivel.

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

Nivel de medicamento	Farmacia de orden por correo del plan		
	Hasta un suministro de 30 días	Suministro del día 31 al 60	Suministro del día 61 al 100
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$5	\$10	\$10
Nivel 3* (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$94	\$94
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$200	\$200
Nivel 5* (Especialidad)	33 % de coseguro		

Nota: El Nivel 6 (vacunas) no está disponible por medio de la farmacia de orden por correo.

\*Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, usted no pagará más de **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro del día 31 al 60 o **\$94** por un suministro del día 61 al 100 de medicamentos del Nivel 3 y **\$105** por un suministro del día 61 al 100 de medicamentos de los Niveles 4 y 5, independientemente del nivel.

## Etapas del periodo de intervalo en la cobertura

La etapa del periodo de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gasta **\$5,030** en sus medicamentos durante 2024. Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa del periodo de intervalo en la cobertura:

Nivel del medicamento	Usted paga
Niveles 1, 2 y 6	Los mismos copagos que aparecen arriba que usted paga durante la etapa de cobertura inicial
Niveles 3, 4 y 5	Coseguro del <b>25%</b>

## Etapa de cobertura ante catástrofes

Si usted, u otra persona en su nombre, gasta **\$8,000** en sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2024, usted entrará en la etapa de cobertura ante catástrofes. La mayoría de las personas nunca llegan a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada por medicamentos de la Parte D cubiertos en 2024.

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

- Si vive en un **centro de atención a largo plazo** y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de **infusión intravenosa domiciliaria** cubiertos de la Parte D de una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria del plan se proporcionan sin cargo.
- Si obtiene medicamentos cubiertos de la Parte D de una **farmacia fuera del plan**, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan y puede obtener hasta un suministro para 30 días. Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera del plan únicamente cuando no puede utilizar una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Advantage Plus (beneficios opcionales)

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

\*Es posible que su proveedor del plan necesite brindarle una referencia.

†Es posible que se requiera una autorización previa.

Beneficios y prima de Advantage Plus	Usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$21</b>
<b>Asignación de artículos para la visión*</b> Una asignación cada 24 meses.	Asignación de \$300. Si el artículo para la visión cuesta más que \$300, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos</b> Una asignación cada 36 meses.	Asignación de \$800 por oído, por audífono. Si el audífono cuesta más de \$800, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Evaluación y ajustes de los audífonos</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención dental*†</b> DeltaCare® USA Dental HMO Program	Varía según el servicio dental. Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para más información.



Beneficios y prima de Advantage Plus	Usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: El programa Silver&amp;Fit®</b></p> <p>Incluye una membresía estándar en cualquiera de los centro de acondicionamiento físico participantes en el programa Silver&amp;Fit. También puede elegir un kit de acondicionamiento físico en casa al año de una selección de kits que le ayudarán a mantenerse en forma en su lugar.</p> <p>El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se usa con permiso en el presente. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes podrían variar por ubicación y están sujetas a cambios.</p>	<p><b>\$0</b></p>

## Beneficios Adicionales

Este beneficio está disponible para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Salud y Bienestar de venta libre (OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Usted puede ordenar artículos OTC hasta el límite trimestral del beneficio que se describe a la derecha. Cada pedido debe ser de \$25 como mínimo. Su pedido no puede exceder su límite trimestral del beneficio. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre. (El límite del beneficio se restablece el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>. Puede hacer su pedido por teléfono o solicitar que se le envíe un catálogo impreso si llama al <b>1-833-569-2360 (TTY 711)</b>, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.</p>	<p>Sin costo hasta el límite trimestral del beneficio de <b>\$60</b>.</p>

## Descuentos en productos y servicios para los miembros

Kaiser Permanente se asocia con empresas líderes para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrece ahorros y descuentos sustanciales.

### Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema de respuesta de emergencia personal que le proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con apretar un botón. Reciba una tarifa de dispositivo única reducida y una opción de dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse límites de cobertura). Visite [greatcall.com/KP](https://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 ofrecerle un descuento al adquirir ayuda no médica y en el hogar con las actividades diarias. Su cuidador puede ayudarle a llevar un estilo de vida autónomo en su propio hogar al ayudarle con tareas domésticas ligeras, preparación de comida, hacerle compañía y más.

Visite [carelinx.com/kaiserpermanente-affinity](https://carelinx.com/kaiserpermanente-affinity) o llame sin costo al **1-855-271-2656** 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 cuidado en el hogar para ayudarle a mantener la independencia en el hogar que incluye todo, desde cuidado las 24 horas, relevo, preparación de comidas y tareas domésticas ligeras. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación de seguridad en el hogar gratis. Visite [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](https://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) o llame al **1-800-611-9689 (TTY 711)** para obtener más información.

### Entrega de comida saludable a domicilio de Mom's Meals®

Recibir la nutrición adecuada es vital para alcanzar y mantener una buena salud. Reciba comidas refrigeradas y listas para calentar y comer en los hogares de todo el país. Elaboradas por chefs y dietistas certificados, las comidas están adaptadas medicamente para ayudar con la mayoría de las condiciones crónicas y con el bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente obtienen una tarifa con descuento y sin costo de envío de Mom's Meals. Visite [momsmealsnc.com](https://momsmealsnc.com) o llame al **1-866-224-9483 (TTY 711)** para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden continuar usando o seleccionar estos productos o servicios de cualquier empresa que elijan, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles con el socio mencionado anteriormente. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni garantizan conforme a nuestro contrato con el programa Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Cualquier disputa relacionada con estos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas de Kaiser Permanente Senior Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas registradas de Best Buy y sus empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Reservados todos los derechos.

## Quién puede inscribirse

Puede inscribirse a este plan 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. Estos 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 este plan, que es el **condado de Santa Cruz** en su totalidad.

## Reglas de la cobertura

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

**Evidencia de Cobertura**, si:

- 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 que aparecen en nuestro **Directorio de Proveedores** y **Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. También cubrimos:
  - Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente
  - Atención de emergencia
  - Atención de diálisis fuera del área
  - Atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores fuera del plan)
  - Remisiones a proveedores fuera del plan si recibió aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro que pagaría por recibir la atención que se menciona anteriormente con proveedores fuera del plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, usted debe pagar el costo completo.

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

## Cómo obtener atención médica

Generalmente, usted puede obtener, en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, todos los servicios cubiertos que necesite, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Usted no está limitado a usar un centro o una farmacia del plan en particular, de modo que lo invitamos a usar el centro o la farmacia del plan que le resulte más conveniente. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory), o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (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.

## Seleccione su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las remisiones 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 cualquier proveedor del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir o cambiar de médico llamando a Servicio a los Miembros o en [kp.org/mydoctor/connect](http://kp.org/mydoctor/connect)

## 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 su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de autocuidado. Si está interesado, pida más información a su médico personal.

## Notificaciones

### Apelaciones y quejas

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto al enviarnos una queja dentro de un periodo de tiempo específico que incluya la fecha en la 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 con nosotros. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones sobre la cobertura y hacer apelaciones, incluyendo las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

## **Kaiser Foundation Health Plan**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Norte de California, es una corporación sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Senior Advantage. Ofrecemos varios planes Senior Advantage en nuestra área de servicio de la Región del Norte de California, sobre los que puede obtener información en la Evidencia de Cobertura.

Cada plan tiene distintos beneficios, copagos, coseguro, primas y áreas de servicio del plan. Pero puede obtener atención por parte de los proveedores del plan en cualquier parte de nuestra Región del Norte de California.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra Región del Norte de California, tendrá que inscribirse en un plan Senior Advantage en su nueva área de servicio.

## **Privacidad**

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

# Definiciones útiles (glosario)

## **Año calendario**

El año que inicia el 1.º de enero y termina el 31 de diciembre.

## **Área de servicio**

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

## **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.

## **Autorización previa**

Algunos servicios o artículos se cubren solo si su proveedor del plan recibe aprobación por adelantado de nuestro plan (a veces llamada autorización previa). Los servicios o artículos sujetos a autorización previa están marcados con el símbolo † en este documento.

## **Copago**

El monto fijo que usted paga por servicios cubiertos, por ejemplo, un copago de \$20 por una visita al consultorio médico.

## **Coseguro**

Un porcentaje que paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios o medicamentos de venta con receta médica. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20% para un artículo de \$200, pagará \$40.

## **Deducible**

El monto que usted 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.

## **Farmacia minorista del plan**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en las oficinas médicas del plan.

## **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.

## **Periodo de beneficios**

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

## **Plan**

Kaiser Permanente Senior Advantage.

**Prima del plan**

La cantidad que paga por su atención médica y la cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Senior Advantage.

**Proveedor del plan**

Un plan o proveedor de la red puede ser un centro, como un hospital o farmacia, o un profesional de cuidado de la salud, como un médico o enfermero.

**Proveedor fuera del plan**

Un proveedor o centro que no tiene un acuerdo con Kaiser Permanente para brindar atención a nuestros miembros.

**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.

**Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo**

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguro 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.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, nuestro plan o CMS puede elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea en **medicare.gov** o pedir una copia 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 con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.





## 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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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、**1-800-443-0815 (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](https://kp.org/medicare)**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
393 E. Walnut St.  
Pasadena, CA 91188

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Norte de California. Una organización sin fines de lucro y una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO)