

2025

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

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 (Point-of-Service, 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
- Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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 **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web, en kp.org/eocco, 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 alguna pregunta?

- Si usted no es un miembro, por favor, llame al **1-877-408-3492 (TTY 711)**.
- Si usted es un miembro, por favor, 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 Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
Prima mensual del plan	\$0 Además, su prima de Medicare Parte B puede reducirse en \$10 al mes.	\$32	\$170.40	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	\$3,300	\$3,000	\$2,900	\$5,900
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	\$155 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$140 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
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†	\$180 por consulta	\$155 por consulta	\$100 por consulta	\$250 por consulta
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)*†	\$90 por consulta	\$80 por consulta	\$75 por consulta	\$150 por consulta
Consultas médicas				
• Médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
• Especialistas*	\$15 por consulta	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$35 por consulta

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<p>Atención preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Evaluación y asesoramiento por consumo indebido de alcohol • Análisis de sangre de biomarcadores • Mediciones de masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal • 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) • Asesoría para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el consumo de tabaco • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma 	<p>\$0</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Servicios de terapia nutricional médica • Medicare Diabetes Prevention Program • Terapia de comportamiento de obesidad • 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 • Consulta de “bienestar” anual 				
<p>Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier Parte del mundo.</p>	\$140 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$140 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$130 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$125 por consulta en el Departamento de Emergencias
<p>Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier Parte del mundo.</p>	\$25 por consulta	\$25 por consulta	\$25 por consulta	\$40 por consulta

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
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 ecografías)	\$65 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$35 por ecografías)	\$75 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$20 por ecografías)	\$140 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada (\$50 por ecografías)
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). 	Asignación de \$600 Si el audífono que compre cuesta más de \$600, usted paga la diferencia.	Asignación de \$1,000 Si el audífono que compre cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.	Asignación de \$1,000 Si el audífono que compre cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.	Asignación de \$700 Si el audífono que compre cuesta más de \$700, usted paga la diferencia.
Servicios dentales Atención dental preventiva y diagnóstica cuando la proporcionan los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier® o Delta Dental Medicare Advantage PPO™	\$0	\$0	\$0	\$0

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<p>(consulte el Directorio de proveedores para conocer los dentistas de la red):</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 				
<p>Atención dental integral cuando la proporcionan los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier® o Delta Dental Medicare Advantage 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, implantes 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 	<p>30 % de coseguro por empastes y 50 % de coseguro por servicios de implantes de endodoncia y servicios de periodoncia de los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO hasta que el plan haya pagado \$1,450 (límite de beneficios anual combinado) para servicios preventivos e</p>	<p>30 % de coseguro por servicios integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO hasta que el plan haya pagado \$1,650 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o</p>	<p>30 % de coseguro por servicios integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO hasta que el plan haya pagado \$1,650 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o</p>	<p>30 % de coseguro por servicios integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios integrales mayores con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO hasta que el plan haya pagado \$2,350 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o</p>

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<p>la derecha. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, recibirá cobertura dental integral adicional (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p>integrales. Una vez que alcance el límite anual, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>	<p>50 % de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales. Cuando alcance los \$1,650 (límite anual de beneficios combinado) para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$500.</p>	<p>50 % de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales. Cuando alcance los \$1,650 (límite anual de beneficios combinado) para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$500.</p>	<p>50 % de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios) por servicios preventivos e integrales. Cuando alcance los \$2,350 (límite anual de beneficios combinado) para servicios preventivos e integrales proporcionados por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$500.</p>

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
Servicios para la vista <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
<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 visión (asignación cada año). <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	Asignación de \$500 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$500, usted paga la diferencia.	Asignación de \$550 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$550, usted paga la diferencia.	Asignación de \$550 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$550, usted paga la diferencia.	Asignación de \$550 cada año. Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$550, 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 \$155 al día, del día 1 al 5 (\$0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga \$140 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).
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$5 por consulta	\$0	\$0	\$5 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$10 por consulta	\$5 por consulta	\$0	\$10 por consulta
Centro de enfermería especializada*† Cubrimos hasta 100 días por periodo 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 39 	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 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 al día, del día 1 al 10 • \$20 al día, del día 11 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 41

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
	• \$0 al día, del día 40 al 100	• \$0 al día, del día 38 al 100		• \$0 al día, del día 42 al 100
Fisioterapia*	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$25 por consulta
Ambulancia†	\$290 por traslado sencillo	\$250 por traslado sencillo	\$200 por traslado sencillo	\$350 por traslado sencillo
Transporte Cubrimos una cierta cantidad de traslados sencillos por año calendario como se indica a la derecha (limitados a una distancia por traslado sencillo de 65 millas) para llevarle con un proveedor del plan o de regreso a su hogar, cuando los proporciona nuestro proveedor de servicios de transporte. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras .	\$0 por hasta 12 traslados sencillos por año calendario para llevarle hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de traslados es combinado (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).	\$0 por hasta 26 traslados sencillos por año calendario para llevarle hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de traslados es combinado (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).	\$0 por hasta 40 traslados sencillos por año calendario para llevarle hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de traslados es combinado (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).	\$0 por hasta 18 traslados sencillos por año calendario para llevarle hacia y desde los proveedores del plan. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de traslados es combinado (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).
Medicamentos de Medicare Parte B† 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. <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica 	De 0 % a 20 % de coseguro, dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.	De 0 % a 20 % de coseguro, dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.	De 0 % a 20 % de coseguro, dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.	De 0 % a 20 % de coseguro, dependiendo del medicamento. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.

Beneficios y primas	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico 	<ul style="list-style-type: none"> • \$3 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$3 en una farmacia preferida del plan. • \$20 en una farmacia estándar del plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca 	<ul style="list-style-type: none"> • \$45 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 equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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"> • \$45 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"> • \$45 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"> • \$45 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 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. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (etapa de deducible, de cobertura inicial o 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 de 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 los gastos de bolsillo alcancen los **\$2,000**. Si alcanza el límite de **\$2,000** en 2025, pasa a la etapa de cobertura para catástrofes y su cobertura cambia.

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 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 2 (Genéricos)						
• Miembros de los planes Core y Bronze	\$3	\$20	\$6	\$40	\$9	\$60
• Miembros de los planes Silver y Gold	\$0	\$20	\$0	\$40	\$0	\$60
Nivel 3* (De marca preferidos)	\$45	\$47	\$90	\$94	\$135	\$141
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$90	\$100	\$180	\$200	\$270	\$300
Nivel 5* (Especialidad)	33 %					
Nivel 6** (Vacunas)	\$0		No aplica			

*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)	\$45	\$90	\$135
Nivel 4* (Medicamentos no preferidos)	\$90	\$180	\$270
Nivel 5* (Especialidad)	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 de medicamentos de Niveles 4 o 5, independientemente del nivel.

Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otra persona en su nombre gasta **\$2,000** en sus medicamentos recetados de la Parte D en 2025, 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 2025.

Atención a largo plazo, infusión en el hogar del plan y farmacias fuera del plan

- Si vive en un **centro de atención a largo plazo** y recibe sus medicamentos de su farmacia, paga lo mismo que en una farmacia del plan preferida y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de **infusión en el hogar** de la Parte D cubiertos de una farmacia de infusión 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. 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 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. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

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

Beneficios y prima de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
Prima mensual adicional	\$44	\$44	\$44	\$44
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 \$500 que se describe anteriormente en "Servicios para la vista".	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$550 que se describe anteriormente en "Servicios para la vista".	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$550 que se describe anteriormente en "Servicios para la vista".	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$550 que se describe anteriormente en "Servicios para la vista".

Beneficios y prima de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
	Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación combinada de \$700, usted paga la diferencia.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación combinada de \$750, usted paga la diferencia.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación combinada de \$750, usted paga la diferencia.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación combinada de \$750, 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>	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$600 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,100 por oído, usted paga la diferencia.	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$1,000 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,500 por oído, usted paga la diferencia.	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$1,000 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,500 por oído, usted paga la diferencia.	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$700 que se describe anteriormente en “Servicios para la audición”. Si sus audífonos cuestan más de \$1,200 por oído, usted paga la diferencia.
<p>Atención dental integral Los servicios básicos y mayores cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones dentales, endodoncias, periodoncia, implantes y dentaduras postizas cuando las proporcionen los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage 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</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 Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Después de que el plan pague \$2,450 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas	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 Delta Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Después de que el plan pague \$2,650 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas	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 Delta Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Después de que el plan pague \$2,650 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas	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 Delta Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Después de que el plan pague \$3,350 en un año calendario por atención dental preventiva e integral provista por los dentistas

Beneficios y prima de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
<p>dentales”. Los límites de ambos beneficios se combinan como se muestra a la derecha. Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>	<p>de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año. Cuando alcance los \$2,450 de límite anual de beneficios combinado para atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$1,000.</p>	<p>de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año. Cuando alcance los \$2,650 de límite anual de beneficios combinado para atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$1,500.</p>	<p>de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año. Cuando alcance los \$2,650 de límite anual de beneficios combinado para atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$1,500.</p>	<p>de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año. Cuando alcance los \$3,350 de límite anual de beneficios combinado para atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO o Dental Medicare Advantage Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Medicare Advantage Premier no puede exceder los \$1,500.</p>
<p>Servicios integrales básicos</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage Premier, hasta el</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage Premier, hasta el</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage Premier, hasta el</p>	<p>Coseguro del 50 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage Premier, hasta el</p>

Beneficios y prima de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
	límite anual de beneficios. Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, hasta el límite anual de beneficios.	límite anual de beneficios. Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, hasta el límite anual de beneficios.	límite anual de beneficios. Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, hasta el límite anual de beneficios.	límite anual de beneficios. Coseguro del 30 % para servicios dentales integrales básicos proporcionados por los dentistas de la red de Delta Dental Medicare Advantage PPO, hasta el límite anual de beneficios.
<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.	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 prima de la Opción 2 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
Prima mensual adicional	\$14	\$14	\$14	\$14
Acupuntura 16 consultas por año calendario	\$15 por consulta	\$15 por consulta	\$15 por consulta	\$15 por consulta
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	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$600 que se describe anteriormente en "Servicios para la audición". Si sus audífonos cuestan más de \$1,100 por oído,	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$1,000 que se describe anteriormente en "Servicios para la audición". Si sus audífonos cuestan más de \$1,500 por oído,	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$1,000 que se describe anteriormente en "Servicios para la audición". Si sus audífonos cuestan más de \$1,500 por oído,	Se añade una asignación de \$500 a la asignación de \$700 que se describe anteriormente en "Servicios para la audición". Si sus audífonos cuestan más de \$1,200 por oído,

Beneficios y prima de la Opción 2 de Advantage Plus	Con nuestro plan Core , usted paga	Con nuestro plan Silver , usted paga	Con nuestro plan Gold , usted paga	Con nuestro plan Bronze , usted paga
“Servicios para la audición”.	usted paga la diferencia.	usted paga la diferencia.	usted paga la diferencia.	usted paga la diferencia.
<p>Transporte</p> <p>Cubrimos hasta 20 traslados sencillos por año calendario (limitados a una distancia de ida o vuelta de 65 millas) para llevarle con un proveedor del plan o de regreso a su hogar, cuando los proporciona nuestro proveedor de servicios de transporte.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 32 traslados sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 46 traslados sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 60 traslados sencillos por año calendario.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de “Transporte” se combinan para brindarle 38 traslados sencillos por año calendario.</p>
<p>Apoyo en el hogar</p> <p>Cubrimos hasta 60 horas al año de servicios no médicos de apoyo en el hogar para recibir asistencia con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) en el hogar. Cada visita debe durar al menos 3 horas y hay un máximo de 8 horas por turno.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>	<p>\$0</p> <p>60 horas de apoyo al año.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 120 horas de apoyo al año, si se inscribe en Advantage Plus Opción 2.</p>	<p>\$0</p> <p>Este beneficio y el beneficio descrito en “Beneficios adicionales” se combinan para brindarle 120 horas de apoyo al año, si se inscribe en Advantage Plus Opción 2.</p>	<p>\$0</p> <p>60 horas de apoyo al año.</p>

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p>Atención médica en el hogar no cubierta por Medicare (atención avanzada en el hogar)*†</p> <p>Cubrimos la atención médica en su hogar que no estaría cubierta de otro modo por Medicare cuando un médico la considera médicamente apropiada con base en su estado de salud, a fin de proporcionarle una alternativa a recibir cuidados agudos en un hospital y servicios de atención de cuidados posagudos en el hogar para apoyar su recuperación. Se requiere una autorización previa y una referencia. Consulte la EOC para obtener más información.</p>	<p>\$0 cuando se receta como Parte de su plan de tratamiento en el hogar, de otro modo, usted paga el costo compartido aplicable</p>
<p>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio suplementario de punto de servicio) solo para miembros de los planes Bronze, Silver y 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 y 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 la cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo ubicar un proveedor elegible, cómo programar una cita, reclamos 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"> • \$50 por ecografía para los miembros del plan Bronze, \$35 por ecografía para los miembros del plan Silver y \$20 por ecografía 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.

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> • \$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. • \$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.

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 clínica. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación. <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>Beneficio de acondicionamiento físico (asignación para acondicionamiento físico) únicamente para miembros de los planes Bronze y Silver</p> <p>Usted recibe una asignación anual (un año calendario) de hasta \$500 para gastar en servicios de salud cubiertos relacionados. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuotas de entrenamiento personal. • Las cuotas de clases de acondicionamiento físico que no se incluyen en la membresía básica One Pass (p. ej. yoga, Pilates). • Cuotas de centros de acondicionamiento físico fuera de la red (p. ej. gimnasios, estudios de acondicionamiento físico, gimnasios para escalar). • Cuotas de clases adicionales dentro de la red de One Pass que excedan la membresía básica de One Pass (p. ej. ciclismo de potencia). • Membresías de clubes de raqueta (p. ej. tenis, pickleball). <p>Se reembolsarán los gastos cubiertos a los miembros. Los montos no utilizados no se transfieren al año siguiente. Consulte la EOC para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$0 por gastos cubiertos hasta la asignación anual de \$500. Si las cuotas y servicios que compra son más de \$500, usted paga la diferencia.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</p> <p>Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente: One Pass. One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una extensa red premium de gimnasios que incluye centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios de acondicionamiento físico selectos. Puede utilizar cualquier ubicación dentro de la red. 	<p>\$0</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Programas en vivo, en cualquier momento o digitales de acondicionamiento físico en su hogar. • Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web para miembros o en la aplicación móvil de One Pass. • Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile. • Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para configurar su cuenta en línea, visite www.YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m.</p>	
<p>Ayuda en el hogar solo para miembros de los planes Silver y Gold</p> <p>Lo cubrimos por hasta 60 horas al año por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) en el hogar. Cada visita debe durar al menos 3 horas y hay un máximo de 8 horas por turno. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <p>Nota: Este beneficio no está cubierto para los miembros del plan Core o Bronze, a menos que se inscriban en beneficios complementarios opcionales (consulte "Advantage Plus Opción 2" para obtener más detalles).</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>	<p>\$0</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficios trimestral que se muestra en la columna de la derecha. Cada orden debe ser de por lo menos \$35.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</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 \$100 para miembros del plan Gold. • Límite de beneficios trimestral de \$100 para miembros del plan Silver. • Límite de beneficios trimestral de \$80 para miembros del plan Core.

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 revise 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 <https://www.carelinx.com/kaiserpermanente> o llame sin costo al **1-844-636-4592**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., MST, y los fines de semana de 9 a. m. a 5 p. m., MST.

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, atención personal y de 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 www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx 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 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 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 está cubierta bajo el beneficio de 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).
- Los referidos 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](https://www.kp.org/directory), 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 y la red de proveedores podrían 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, los referidos 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/espanol](https://www.kp.org/espanol).

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.

Devolución de la prima de la Parte B

El plan Core DM ofrece una reducción de la prima de Medicare Parte B de \$10 al mes. Dependiendo de cómo pague su prima de Medicare Parte B, su reducción podría reflejarse en su estado de cuenta de la prima de Medicare Parte B o su cheque del Seguro Social. Para ser elegibles, los miembros deben pagar sus propias primas de la Parte B. En ocasiones, toma varios meses para que Medicare emita el crédito, pero recibirá un crédito completo cuando se emita.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para 2025 que puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos durante el año como pagos mensuales. Este programa está disponible para todas las personas con Medicare Parte D y funciona con su cobertura de medicamentos. Puede ser especialmente útil para las personas con medicamentos de alto costo compartido al principio del año del plan y ayudar a administrar los costos anuales de su bolsillo para medicamentos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información de este programa.

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 periodo 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 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.

Periodo de beneficios

La forma en la que nuestro plan mide su uso de los servicios de centros de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, 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 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.

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

Un plan HMO-POS 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 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.

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 Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y de un POS de una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, nuestro plan o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) pueden decidir no renovar nuestro contrato de Medicare.

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

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).