

**2025**

# **Resumen de Beneficios**

---

Plan Kaiser Permanente Dual Essential (HMO D-SNP)

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 nuestro plan. Incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios adicionales
- 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
- Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Para conocer las definiciones de algunos términos utilizados en este folleto, consulte el glosario que aparece al final.

## Para obtener más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web, en [kp.org/eocco](http://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.

### ¿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.

\*\*Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Beneficios y primas	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Deducible</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> Si es elegible para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no es responsable de pagar los servicios de Medicare Parte A y Parte B. No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	<b>\$4,900</b>	<b>\$4,900</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	<b>\$0</b>	<b>\$0**</b> o <b>\$225</b> al día, del día 1 al 6 de su hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de su hospitalización.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0**</b> o <b>\$200</b> por consulta
<b>Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)*†</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0**</b> o <b>\$150</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos de atención primaria</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas*</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b> o <b>\$5</b> por consulta a un médico especialista
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Evaluación y asesoramiento por consumo indebido de alcohol</li> <li>• Análisis de sangre de biomarcadores</li> <li>• Mediciones de masa ósea</li> </ul>	<b>\$0</b> Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.	<b>\$0</b> Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el contrato anual. Consulte su <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.

Beneficios y primas	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</li> <li>• 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)</li> <li>• Asesoría para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el consumo de tabaco</li> <li>• Pruebas de detección de la depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección de hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> <li>• Servicios de terapia nutricional médica</li> <li>• Medicare Diabetes Prevention Program</li> <li>• Terapia de comportamiento de obesidad</li> <li>• Consulta preventiva única de “Bienvenido a Medicare”</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento</li> </ul>		

Beneficios y primas	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyecciones que incluyen vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra el neumococo</li> <li>Consulta de “bienestar” anual</li> </ul>		
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$0	\$0** o \$125 por consulta en el Departamento de Emergencias
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$0	\$0
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas de laboratorio†</li> <li>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como un ECG)†</li> <li>Radiografías</li> </ul>	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como IRM, CT y PET)†</li> </ul>	\$0	\$0** o \$125 por procedimiento, por parte del cuerpo examinada
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografías†</li> </ul>	\$0	\$0** o \$25 por ecografía
<b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</li> <li>Pruebas de audición de rutina</li> <li>Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos*</li> </ul>	<b>Asignación de \$3,000</b> para comprar 1 audífono por oído cada 2 años. Si sus audífonos cuestan más de <b>\$3,000 por oído, usted paga la diferencia.</b>	
<b>Servicios dentales</b> Atención dental preventiva y diagnóstica cuando la proporcionan los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO™ (consulte el <b>Directorio de proveedores</b> para conocer los dentistas de la red):	\$0	\$0

Beneficios y primas	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<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>Fluoruro tópico (una vez cada 12 meses)</li> <li>Radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses)</li> <li>Radiografía de aleta de mordida (un conjunto cada 12 meses)</li> <li>Radiografía periapical (cuatro cada 12 meses)</li> <li>Radiografía oclusal (dos cada 12 meses)</li> <li>Pruebas de vitalidad pulpar</li> </ul>		
<p>Atención dental integral cuando la proporcionan los dentistas de Delta Dental Medicare Advantage PPO™ (consulte el <b>Directorio de proveedores</b> para conocer los dentistas de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, endodoncias y periodoncias. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información. Para obtener más información, visite <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras">https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras</a>.</li> </ul>	<p><b>Asignación de \$3,000</b> por año calendario. Si la atención dental preventiva e integral combinada que reciba cuesta más de <b>\$3,000</b>, <b>usted paga la diferencia</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 de los ojos</li> <li>Examen de detección preventivo del glaucoma</li> <li>Exámenes rutinarios de la vista</li> </ul>	\$0	\$0
<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>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la visión</li> </ul>	<p><b>Asignación de \$650</b> cada año. Si el artículo para la visión cuesta más de <b>\$650</b>, <b>usted paga la diferencia</b>.</p>	

Beneficios y primas	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*†</li> </ul>	\$0	\$0** o \$225 al día, del día 1 al 6 de su hospitalización y \$0 por el resto de su hospitalización.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal e individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$0	\$0
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por periodo de beneficios.	\$0	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 al día, del día 1 al 20</li> <li>\$0** o \$203 al día, del día 21 al 45</li> <li>\$0 al día, del día 46 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*</b>	\$0	\$0
<b>Ambulancia†</b>	\$0	\$0** o 20 %
<b>Transporte</b> Cubrimos viajes sencillos ilimitados por año calendario (limitados a una distancia de ida o vuelta de 65 millas) para llevarlo 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 <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras">https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras</a> .	\$0 para traslados sencillos ilimitados por año calendario para llevarle hacia y desde los proveedores del plan.	
<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. Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica	\$0	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	Usted paga	
	Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 en una farmacia preferida del plan</li> <li>• \$0** o \$20 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$0 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca</li> </ul>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0** o \$10 en una farmacia preferida del plan, excepto que usted paga \$0 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.</li> <li>• \$0** o \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$0 por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.</li> </ul>

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

La mayoría de las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también reciben Extra Help de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Medicare ofrece Extra Help para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Extra Help, el deducible y el coseguro que se mencionan a continuación no aplican para usted; en lugar de eso, consulte la Cláusula de la **Evidencia de Cobertura sobre Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**.

Si no tiene derecho a recibir Extra Help, 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 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.
- Cuando reciba un suministro de 31 a 90 días, ya sea que surta su medicamento en una de nuestras farmacias minoristas del plan o en nuestra farmacia de pedidos por correo. 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 ante catástrofes).

## Etapa de deducible

A los medicamentos del Nivel 6 no se les aplica un deducible y usted inicia el año en la etapa de cobertura inicial. Si no tiene derecho a recibir Extra Help, para los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hay una etapa de deducible. Para los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5, usted deberá pagar el costo total de los medicamentos hasta que haya gastado **\$530** en ellos en 2025. Una vez que haya alcanzado el deducible, pasará a la etapa de cobertura inicial de los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D, incluida herpes zóster, tétanos y vacunas para viajeros.

## Etapa de cobertura inicial

Si no tiene derecho a recibir Extra Help, usted pagará el coseguro que se muestran en la siguiente tabla hasta que sus 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
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	<b>22 %</b>		
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	<b>23 %</b>		
<b>Nivel 3*</b> (De marca preferidos)	<b>24 %</b>		
<b>Nivel 4*</b> (Medicamentos no preferidos)	<b>25 %</b>		
<b>Nivel 5*</b> (Especialidad)	<b>25 %</b>		
<b>Nivel 6**</b> (Vacunas)	<b>\$0</b>	<b>No aplica</b>	

\*Usted no paga nada por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los Niveles 1 a 5.

\*\*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
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	<b>22 %</b>		
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	<b>23 %</b>		
<b>Nivel 3*</b> (De marca preferidos)	<b>24 %</b>		
<b>Nivel 4*</b> (Medicamentos no preferidos)	<b>25 %</b>		
<b>Nivel 5*</b> (Especialidad)	<b>25 %</b>		

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

\*Usted no paga nada por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en los Niveles 1 a 5.

## 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, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista del plan 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 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 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**.

## Beneficios adicionales

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

†Es posible que se requiera autorización previa.

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<b>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</b> Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente: One Pass. One Pass incluye:	<b>\$0</b>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una extensa red prémium 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.</li> <li>• Programas en vivo, en cualquier momento o digitales de acondicionamiento físico en su hogar.</li> <li>• Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web para miembros o en la aplicación móvil de One Pass.</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile.</li> <li>• Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro.</li> </ul> <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite <b>YourOnePass.com</b> o llame al <b>1-877-614-0618</b> (TTY <b>711</b>), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m.</p>	
<p><b>Atención médica en el hogar no cubierta por Medicare (atención avanzada en el hogar)*†</b></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 <b>EOC</b> para obtener más información.</p>	<p><b>\$0</b> cuando se receta como parte de su plan de tratamiento en el hogar, de otro modo, usted paga el costo compartido aplicable</p>
<p><b>Apoyo en el hogar</b></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 (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 ser al menos de 3 horas y hay un máximo de 8 horas por turno. Consulte la <b>EOC</b> para obtener los detalles.</p> <p>Para obtener más información, visite <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras">https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras</a>.</p>	<p><b>\$0</b></p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b>  Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficios trimestral que se muestra en la columna de la derecha. Cada orden debe ser de por lo menos \$35. Para obtener más información, visite <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras">https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras</a>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta el límite trimestral del beneficio de \$100.</p>

## 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](http://greatcall.com/KP) o llame al **1-800-205-6548** (TTY 711) para obtener más información.

### CareLinx

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

Visite <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 ayudarlo 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](http://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](http://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 en relación con estos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas de Kaiser Permanente Dual Essential. 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

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. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Tiene beneficios de Medicaid.
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio de este plan, 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
- 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://kp.org/directory), o pídaenos 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://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.

## 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://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](http://kp.org/privacy) para obtener más información.

## Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Para cada uno de los beneficios que se indican a continuación, puede ver qué cubre Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) al **1-800-221-3943** o sin costo al **1-800-221-3943** si está fuera del área Metropolitana de Denver. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

**\*\*Si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.**

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

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
Atención para pacientes hospitalizados	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	Por admisión, usted paga <b>\$0**</b> o <b>\$225</b> al día durante los días 1 a 6. Usted no paga nada al día para el día 7 y días subsiguientes.

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	Usted paga <b>\$0**</b> o <b>\$225</b> al día durante los días 1 a 6. Usted no paga nada al día para los días 7 a 90.
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Cubierto.	<b>\$0</b>	Por periodo de beneficios, usted no paga nada por los días 1 al 20. Copago de <b>\$0**</b> o <b>\$203</b> al día, del día 21 al 45 por periodo del beneficio. <b>\$0</b> al día, del día 46 al 100.
Atención médica a domicilio	<b>\$0</b> Para las necesidades de atención médica a domicilio de cuidados agudos de un miembro que duran menos de 60 días, los miembros pueden obtener todos los servicios necesarios sin autorización previa o aprobación. Los miembros pueden obtener atención médica a domicilio más prolongada si se desarrolla un problema nuevo o si un problema actual empeora. Para las necesidades de atención médica a domicilio a largo plazo del miembro, debe obtener una autorización previa o aprobación. La autorización previa se aprueba de 6 a 12 meses a la vez, pero un cliente puede	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
	obtener un número ilimitado de autorizaciones previas.		
Cuidados paliativos	<b>\$0.</b> No más de 9 meses.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Visitas al consultorio médico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos de atención primaria</li> </ul>	<b>\$0.</b> Una visita a un proveedor por el mismo problema, por día.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas*</li> </ul>		<b>\$0</b>	<b>\$0 o \$5</b> por consulta a un médico especialista
Servicios de podología*	Cuidado rutinario de los pies: <b>\$0.</b> 1 servicio cada 60 días. Los problemas de cuidados agudos (graves) asignan cualquier cantidad de servicios podológicos que sean médicamente necesarios.	<b>\$0</b> por consulta por servicios cubiertos por Medicare. <b>\$0</b> por hasta 4 consultas de podología de rutina cada año.	<b>\$0** o \$5</b> por consulta por servicios cubiertos por Medicare. <b>\$0</b> por hasta 4 consultas de podología de rutina cada año.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Cirugía/servicios para pacientes ambulatorios	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0** o \$150</b> en un Centro de Cirugía Ambulatoria. Copago de <b>\$0** o \$200</b> en un hospital para pacientes ambulatorios.
Servicios de ambulancia	<b>\$0.</b> Sin límites.	<b>\$0</b>	Coseguro del <b>0 %** o 20 %</b>

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
Consultas en el Departamento de Emergencias	<b>\$0</b> si se determina que es una emergencia; \$8 por consulta si no es de emergencia. Sin límites.	<b>\$0</b>	Copago de <b>\$0**</b> o <b>\$125</b> .
Atención de Urgencia	<b>\$0</b> si no es parte de una sala de emergencias. Sin límites.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<b>\$0</b> . Se aplican algunos límites diarios y anuales.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Equipo médico duradero	<b>\$0</b> . Sin límites.	<b>\$0</b>	Coseguro del <b>0 %**</b> o <b>20 %</b>
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y de radiología	<b>\$0</b> . Sin límites. Las radiografías dentales no tienen copago.	<b>\$0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por análisis de laboratorio, pruebas y procedimientos diagnósticos (como ECG)† y radiografías</li> <li>• <b>\$0**</b> o <b>\$125</b> por procedimiento, por parte del cuerpo examinada para otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como IRM, TC y TEP)†</li> <li>• <b>\$0**</b> o <b>\$25</b> por ecografía</li> </ul>
Exámenes de detección colorrectal	<b>\$0</b> . Sin límites.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Vacunaciones (no vacunaciones por traslados)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Mamografías	<b>\$0</b> . 1 examen de detección por año.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
Pruebas de papanicolaou y exámenes pélvicos	<b>\$0.</b> 1 prueba o examen por año.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Exámenes de detección del cáncer de próstata	<b>\$0.</b> 1 prueba por año.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Medicamentos recetados	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	Del <b>22 % a 25 %</b> por medicamentos de Medicare Parte D durante la fase de cobertura inicial si no califica para "Extra Help".
Servicios dentales	Cubierto. Sin límite anual.	<b>\$0</b> por servicios preventivos y de diagnóstico (como limpiezas) y servicios dentales integrales (como empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, endodoncia y periodoncia. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información). Asignación de <b>\$3,000</b> por año calendario para servicios dentales preventivos e integrales combinados.	<b>\$0</b> por servicios preventivos y de diagnóstico (como limpiezas) y servicios dentales integrales (como empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, endodoncia y periodoncia. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información). Asignación de <b>\$3,000</b> por año calendario para servicios dentales preventivos e integrales combinados.
Audífonos	<b>\$0</b> Audífonos: 1 par por cada 3 a 5 años. Cubre suministros. Se espera que los reemplazos sean cada 3 o 5 años. Los audífonos pueden reemplazarse cuando ya no le queden, si se perdieron o se los robaron. No están	Evaluación o ajuste de audífonos: <b>\$0</b> Audífonos: <b>\$3,000</b> por oído cada dos años. Si el audífono que compró cuesta más de <b>\$3,000</b> por oído, usted pagará la diferencia.	Evaluación o ajuste de audífonos: <b>\$0</b> Audífonos: <b>\$3,000</b> por oído cada dos años. Si el audífono que compró cuesta más de <b>\$3,000</b> por oído, usted pagará la diferencia.

Beneficio	Medicaid State Plan	Kaiser Permanente Senior Advantage Dual Essential Plan	
		Con asistencia completa en el costo compartido de Medicaid	Con asistencia parcial en el costo compartido de Medicaid
	<p>incluidos los moldes auriculares para nadar ni los reductores de ruido.</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde.</p>		
Servicios para la vista	<p><b>\$0.</b> Sin límite.</p> <p>El beneficio de cuidado de la vista para adultos incluye exámenes de la vista necesarios, anteojos y lentes de contacto solo después de la cirugía.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de detección del glaucoma): <b>\$0</b></p> <p>Examen de los ojos de rutina: <b>\$0</b></p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: <b>\$0</b> hasta el límite de Medicare.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto: asignación de <b>\$650</b> por año. Usted paga cualquier monto que exceda los <b>\$600</b>.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de detección del glaucoma): <b>\$0</b></p> <p>Examen de los ojos de rutina: <b>\$0</b></p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: <b>\$0</b> hasta el límite de Medicare.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto: asignación de <b>\$650</b> por año. Usted paga cualquier monto que exceda los <b>\$600</b>.</p>
Exámenes físicos preventivos	<p><b>\$0</b></p> <p>1 examen físico anual por año.</p>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
Transporte	<p><b>\$0</b></p> <p>El transporte médico que no es de emergencia solo está disponible cuando un miembro no tiene otra forma de transportarse.</p> <p>Traslados a citas médicas.</p>	<p><b>\$0</b> por traslados sencillos ilimitados para llevarle con proveedores del plan y de regreso a su hogar.</p>	<p><b>\$0</b> por traslados sencillos ilimitados para llevarle con proveedores del plan y de regreso a su hogar.</p>

Es posible que haya límites y exclusiones para algunos beneficios del Plan Estatal de Medicaid.

# 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 (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.

## 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.

**Proveedor de atención médica primaria**

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. Debe elegir a uno de los proveedores del plan disponibles que forman parte de Colorado Permanente Medical Group como su médico personal.

**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.

Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. 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](https://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](https://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).