

2026

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA Plan
(HMO-POS)

Este plan incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA. Puede usar este **Resumen de Beneficios** (Summary of Benefits) para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre lo siguiente:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales, que incluyen beneficios de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS)
- Descuentos para miembros en productos y servicios
- Quiénes pueden inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención
- Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

Para obtener más detalles

Este documento es un resumen de 1 plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus con cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. No incluye todo lo que está o no está 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/eocmas (haga clic en “Español”), o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

También ofrecemos un plan sin cobertura de medicamentos de la Parte D. Para obtener información sobre otro plan, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, o ingrese en kp.org/medicare (haga clic en “Español”).

Los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus tienen un beneficio de punto de servicio (POS). Esto significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. No todos los servicios están cubiertos por el POS. Los servicios cubiertos por el POS se detallan en la sección “Beneficios adicionales” y también en su **EOC**.

¿Tiene preguntas?

- Si usted no es miembro, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**).
- Si es miembro, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (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 el proveedor del plan deba proporcionar una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Usted paga
Prima mensual del plan	\$26
Deducible	\$0
Gastos máximos de bolsillo Incluyen los copagos y otros gastos por servicios médicos durante el año. No se incluyen medicamentos de Medicare Parte D.	\$5,500
Servicios para pacientes hospitalizados*† No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	\$355 por día, del día 1 al 6 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†	\$0–\$300 por consulta
Centro de Cirugía Ambulatoria (<i>ambulatory surgical center, ASC</i>)*†	\$300 por consulta
Consultas médicas • Proveedores de atención primaria	\$0
• Especialistas*†	\$40 por consulta
Atención preventiva • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal*† • Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol • Mediciones de masa ósea*† • Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular*† • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino • Pruebas de detección de cáncer colorrectal*† ○ Pruebas de biomarcadores con análisis de sangre ○ Colonoscopias ○ Colonografía por tomografía computarizada (TC) ○ Pruebas de sangre oculta en las heces	\$0 Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la EOC para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.

Beneficios y primas	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sigmoidoscopias flexibles ○ Pruebas de ADN en heces multiobjetivo ● Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco ● Pruebas de detección de depresión ● Pruebas de detección de diabetes ● Capacitación para el autocontrol de la diabetes ● Pruebas de detección de glaucoma ● Vacunas contra la hepatitis B ● Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ● Pruebas de detección del virus de la hepatitis C ● Pruebas de detección del VIH ● Pruebas de detección de cáncer de pulmón ● Mamografías (prueba de detección) ● Servicios de terapia nutricional*† ● Programa de prevención de la diabetes de Medicare ● Terapia del comportamiento para tratar la obesidad ● Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez ● Profilaxis previa a la exposición (<i>Pre-Exposure Prophylaxis</i>, PrEP) para la prevención del VIH ● Pruebas de detección de cáncer de próstata ● Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento ● Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vacunas contra el COVID-19 ○ Vacunas contra la gripe ○ Vacunas contra la hepatitis B ○ Vacunas contra el neumococo ● Consulta anual de “Bienestar” 	
<p>Atención de emergencia Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p>\$130 por consulta en el Departamento de Emergencias</p>
<p>Servicios requeridos con urgencia Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p>\$35 por visita al consultorio</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio • Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	\$15 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonidos 	\$15 por procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones) 	\$350 por procedimiento
<p>Servicios para la audición*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas 	\$40 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de ajuste o evaluación de audífonos 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (asignación por oído cada tres años) <p>Importante: Es posible que este beneficio de audífono no esté disponible el próximo año.</p> <p>Importante: Si se registra para beneficios opcionales, recibirá beneficios adicionales para la audición (consulte Advantage Plus para obtener detalles).</p>	<p>Asignación de \$1,000</p> <p>Si el audífono cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, 1 radiografía-de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía-de mordida por año). 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental integral† <p>Consulte la EOC para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</p> <p>Importante: Si se registra para beneficios opcionales, recibirá beneficios dentales adicionales (consulte Advantage Plus para obtener detalles).</p>	<p>Coseguro del 50 % para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$2,000 (límite anual de beneficios). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$2,000 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos*† • Exámenes rutinarios de la vista*† 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 con un optometrista • \$40 por consulta con un oftalmólogo
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección preventiva del glaucoma • Servicios de retinopatía diabética*† 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas*† 	<p>Coseguro del 20 % hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otros artículos para la vista (asignación cada dos años)*† <p>Importante: Es posible que este beneficio de artículos para la vista no esté disponible el próximo año.</p> <p>Importante: Si se registra para beneficios opcionales, recibirá beneficios de artículos para la vista adicionales (consulte Advantage Plus para obtener detalles).</p>	<p>Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$250, usted paga la diferencia.</p>
<p>Servicios de salud mental†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud mental para pacientes hospitalizados* 	<p>Usted paga \$355 por día, del día 1 al 6 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	<p>\$10 por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios 	<p>\$20 por consulta</p>
<p>Centro de enfermería especializada*†</p> <p>Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.</p>	<p>Por periodo de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por día, del día 1 al 20 • \$218 por día, del día 21 al 100
<p>Fisioterapia*†</p>	<p>\$40 por consulta</p>
<p>Ambulancia†</p>	<p>\$225 por viaje de ida o vuelta</p>
<p>Transporte</p> <p>Brindamos cobertura hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>Medicamentos de Medicare Parte B† Brindamos cobertura para medicamentos de Medicare Parte B cuando los compra a un proveedor del plan. Consulte la EOC para obtener más detalles y el Directorio de Farmacias para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándares del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de salud 	<p>Coseguro del 0 % al 20 % según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico 	<ul style="list-style-type: none"> • \$12 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 pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero. • \$47 en una farmacia estándar del plan, excepto que usted pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

El monto que paga por los medicamentos varía en función de lo siguiente:

- El nivel en el que se encuentra su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos cubiertos de la Parte D en kp.org/seniorrx (haga clic en “Español”) o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 días o 90 días). Tenga en cuenta que el suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surte su medicamento (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestro servicio de farmacia por correo). Para saber dónde se ubican nuestras farmacias, consulte el Directorio de Farmacias en kp.org/directory (haga clic en “Español”). Importante: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentra (deducible, cobertura inicial o cobertura para catástrofes).

Importante: Medicare ofrece Ayuda Adicional (*Extra Help*) para pagar los medicamentos recetados a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, es posible que no se le apliquen los costos compartidos que se indican a continuación. En su lugar, consulte la **cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben una Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados..**

Etapa de deducible

Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica en su caso, y usted 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 sus gastos de bolsillo alcancen los **\$2,100**. Si alcanza el límite de \$2,100 en 2026, pasa a la etapa de cobertura para catástrofes y su cobertura cambia.

Nivel del medicamento	Farmacia minorista del plan					
	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	\$10	\$0	\$20	\$0	\$30
Nivel 2 (genéricos)	\$12	\$20	\$24	\$40	\$36	\$60
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$45	\$47	\$90	\$94	\$135	\$141
Nivel 4 (no preferidos)	\$100		\$200		\$300	
Nivel 5 (medicamentos especializados)	29 %					
Nivel 6* (vacunas de la Parte D)	\$0		N/C			

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

Nivel del medicamento	Servicio de farmacia por correo del plan		
	Suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0		
Nivel 2 (genéricos)	\$12	\$0	
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$45	\$90	
Nivel 4 (no preferidos)	\$100	\$200	

Nivel del medicamento	Servicio de farmacia por correo del plan		
	Suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
Nivel 5 (medicamentos especializados)	29 %		

Importante: El Nivel 6 (vacunas de la Parte D) no está disponible a través del pedido por correo.

Mensaje importante con respecto a lo que paga por la insulina: no pagará más de **\$35** por un suministro de hasta un mes, **\$70** por un suministro de hasta dos meses o **\$105** por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.

Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre durante el año 2026 gastan **\$2,100** en medicamentos recetados de la Parte D, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted sí lo hace, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D en 2026.

Atención a largo plazo, infusiones en el hogar y farmacias que no pertenecen al plan

- Si vive en un **centro de atención a largo plazo** y compra los medicamentos en la farmacia del centro, paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de **infusión intravenosa domiciliaria** de la Parte D cubiertos de una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria del plan se proporcionan sin cargo.
- Si compra medicamentos cubiertos de la Parte D en una **farmacia que no pertenece al plan**, paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, brindamos cobertura para los medicamentos surtidos en una farmacia que no pertenece al plan únicamente cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.

Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios incluidos en su plan, puede elegir comprar un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura extra por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.

*Es posible que el proveedor del plan deba proporcionar una referencia.

†Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus	Usted paga
Prima mensual adicional	\$18

Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus	Usted paga
<p>Asignación adicional de artículos para la vista*† Cada 24 meses, se agregan \$275 a la asignación de artículos para la vista que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Importante: Es posible que este beneficio de artículos para la vista no esté disponible el próximo año.</p>	<p>Se agregan \$275 a la asignación de \$250 que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”. Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de \$525, usted paga la diferencia.</p>
<p>Audífonos*† Cada 3 años, se agregan \$1,000 a la asignación de audífonos por oído descrita en “Servicios de audición”. Importante: Es posible que este beneficio de audífono no esté disponible el próximo año.</p>	<p>Se agregan \$1,000 a la asignación de \$1,000 que se describe anteriormente en “Servicios de audición”. Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$2,000 por oído, usted paga la diferencia.</p>
<p>Servicios dentales integrales†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada año, se agrega un límite anual de beneficios de \$500 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”. • Consulte la EOC para obtener más información sobre los servicios dentales integrales. 	<p>Coseguro del 50 % para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$2,500 (límite del beneficio anual combinado). Cuando alcance el límite del beneficio anual combinado de \$2,500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.</p>

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Usted paga
<p>Prima mensual adicional</p>	<p>\$23</p>
<p>Servicios dentales integrales†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada año, se agrega un límite anual de beneficios de \$1,000 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”. • Consulte la EOC para obtener más información sobre los servicios dentales integrales. 	<p>Coseguro del 50 % para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$3,000 (límite del beneficio anual combinado). Cuando alcance el límite del beneficio anual combinado de \$3,000 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año. Si se inscribe en la opción 1 y la opción 2, se combinan los beneficios y usted tiene un límite anual de beneficios de \$1,500 además de la asignación dental integral de su plan descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</p>

Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™</p> <p>Usted tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo de One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una extensa red básica y premium de gimnasios que incluye centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios de acondicionamiento físico selectos. Puede acudir a cualquier centro de la red. • Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y a pedido para realizar en el hogar. • Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web y la aplicación móvil para miembros de One Pass. • Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, para ejercicios de fuerza, yoga o baile. <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, sobre los beneficios del programa o sobre cómo configurar su cuenta en línea, visite YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p>	<p>\$0</p>
<p>Artículos de venta libre (<i>over-the-counter</i>, OTC)</p> <p>Recibirá una tarjeta precargada de beneficios de salud adicionales con el límite de beneficios trimestral a la derecha para comprar artículos de venta libre en línea y en tiendas minoristas participantes. La tarjeta se recargará el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. La parte del límite de beneficios trimestral que no use no se acumulará para el siguiente trimestre.</p> <p>Para obtener más información, consulte la EOC, visite mybenefitscenter.com o llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este).</p>	<p>\$0 hasta alcanzar el límite de beneficios trimestral de \$40 para su plan.</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p>Beneficios fuera de la red de Care Plus de punto de servicio (POS)</p> <p>Cuando se encuentra dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua; pruebas y servicios ambulatorios y medicamentos de la Parte B obtenidos de proveedores de Medicare fuera de la red, mientras no excedan los montos máximos de beneficios de \$1,500 en cargos cubiertos por el plan por año calendario.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de atención primaria y especializada. • Consultas ambulatorias de cuidado de salud mental. • Consultas de fisioterapia. • Pruebas y servicios para pacientes ambulatorios, como análisis de laboratorio, radiografías y ultrasonidos. • Medicamentos de Medicare Parte B. <p>Para obtener los detalles de cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo encontrar un proveedor elegible, programar una cita y hacer reclamos, consulte la tabla de beneficios médicos en la sección 2.2 del capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite anual de beneficios de \$1,500:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$65 por consulta de atención especializada. • \$65 por consulta de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional. • \$50 por servicios de radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas básicas. • \$50 por consulta por pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, LDL e INR que tienen un costo de \$0. • \$50 por pruebas de electrocardiogramas, monitoreos con Holter y electroencefalogramas. • \$25 por consulta de atención primaria. • \$25 por consulta de terapia individual y \$15 por consulta de terapia de grupo para el cuidado de salud mental. • \$10 para extracción de sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • \$0 para consultas de atención preventiva. • Usted paga entre el 0 % y el 20 % del costo del proveedor por los medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o clínica. Algunos medicamentos pueden costar 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 \$1,500 por año calendario, usted pagará cualquier monto que exceda el monto máximo de beneficios.</p>

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

Descuentos para miembros en productos y servicios

Kaiser Permanente se asocia con empresas destacadas para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrecerle importantes ahorros y descuentos.

Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema personal de respuesta ante emergencias que proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo pulsar un botón. Reciba un precio único reducido por el dispositivo y la elección de dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse 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 a CareLinx para brindarle un descuento para el pago de ayuda no médica en el hogar con las actividades de la vida diaria. El cuidador puede ayudarle a mantener una vida independiente dentro de su propio hogar. Le brindará apoyo con las tareas domésticas ligeras, la preparación de comidas, le hará compañía y más. Visite [carelinx.com/kp-affinity](https://www.carelinx.com/kp-affinity) o llame sin costo al **1-844-636-4592**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. hora estándar de la montaña (*Mountain Standard Time*, MST), y los fines de semana, de 9 a. m. a 5 p. m. (MST).

Atención y ayuda en el hogar de Comfort Keepers®

Servicios de atención domiciliar para ayudarle a mantener la independencia en su casa con todo lo que necesite, atención las 24 horas, servicio de relevo y cuidado personal, preparación de comidas y tareas domésticas ligeras. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación gratuita sobre la seguridad en su hogar. Visite [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](https://www.comfortkeepers.com/kaiser-permanente) o llame al **1-800-611-9689** (TTY **711**) para obtener más información.

Entrega de comidas saludables de Mom's Meals®

Una nutrición adecuada es esencial para conseguir y mantener una buena salud. Envíos a domicilio en todo el país de comidas refrigeradas listas para calentar y comer. Las comidas, elaboradas por chefs y dietistas registrados, están pensadas desde el punto de vista médico para proporcionar ayuda frente a la mayoría de las enfermedades crónicas importantes y al bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente obtienen precios reducidos y envíos sin costo 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 continuar utilizando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles para el socio mencionado más arriba. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni se garantizan según nuestro contrato con el programa de 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 Medicare Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus empresas afiliadas.
©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

Quiénes pueden inscribirse

Usted puede inscribirse en nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B. (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 de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, que incluye los siguientes condados en Virginia: Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William. Además, nuestra área de servicio incluye estas ciudades independientes en Virginia: Alexandria, Falls Church, Fairfax, Manassas y Manassas Park.

Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la **Evidencia de Cobertura**, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.
- Obtiene todos los artículos y servicios cubiertos de los proveedores del plan incluidos en nuestro **Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:
 - Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente.
 - Atención que cubre el beneficio de punto de servicio de Care Plus. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.
 - Atención de emergencia
 - Atención para 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 que no pertenecen al plan).
 - Referencias a proveedores que no pertenecen al plan si recibió aprobación escrita de nuestro plan por adelantado (autorización previa).

Importante: Usted paga los mismos copagos y coseguros del plan cuando recibe la atención cubierta mencionada de proveedores que no pertenecen al plan. Si recibe atención o servicios sin cobertura, 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

En general, en la mayoría de los centros de atención del plan, puede recibir todos los servicios cubiertos que necesite, lo que incluye atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte el **Directorio de Proveedores** o el **Directorio de Farmacias** en kp.org/directory (haga clic en "Español") o llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. para pedirnos que le enviemos una copia.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará servicios de atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales se desempeñan en el área de medicina interna o medicina familiar. Debe elegir a uno de los proveedores del plan disponibles como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Para elegir un médico o cambiarlo, llame a Servicio a los Miembros o ingrese en kp.org/espanol.

Ayuda para controlar afecciones médicas

Si actualmente tiene más de una afección médica y necesita ayuda para administrar su atención, podemos brindársela. Nuestros programas de administración de casos permiten que enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal colaboren para ayudarlo a controlar sus afecciones. El programa brinda información y enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pídale 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 opción de pago que le ayudará a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos como pagos mensuales a lo largo del año. Este programa está disponible para las personas con Medicare Parte D y funciona con su cobertura de medicamentos. Puede ser particularmente útil para las personas que pagan costos compartidos altos por sus medicamentos a principios del año del plan y ayudar a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos. Comuníquese con nosotros o visite es.medicare.gov para obtener más información sobre este programa.

Avisos

Apelaciones y quejas formales

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto presentando un reclamo dentro de un periodo específico que incluye la fecha en que recibió el artículo o servicio. Si le respondemos que no, puede pedirnos que reconsideremos la decisión. Esto se llama “apelación”. Puede pedir una decisión acelerada si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene un reclamo que no está relacionado con la cobertura, puede presentarnos una queja formal. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones y hacer apelaciones sobre la cobertura, incluidas las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States es una empresa sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage denominado Kaiser Permanente Medicare Advantage. Ofrecemos varios planes Kaiser Permanente Medicare Advantage en el área de servicio en la región de los estados del Atlántico Medio, que incluye el distrito de Columbia y algunas áreas específicas en Maryland y Virginia.

Cada plan tiene diferentes beneficios, copagos, coseguros, primas y áreas de servicio. Pero usted puede recibir atención de proveedores del plan en cualquier parte de nuestra región de los estados del Atlántico Medio.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra región de los estados del Atlántico Medio, deberá inscribirse en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage en su nueva área de servicio.

Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso sobre Prácticas de Privacidad** en kp.org/privacy (haga clic en “Español”) para obtener más información.

Definiciones útiles (glosario)

Asignación

Monto en dólares que puede usar para comprar un artículo. Si el precio del artículo es mayor que el de la asignación, usted paga la diferencia.

Periodo de beneficios

Manera en la que medimos el uso de los servicios de los centros de enfermería especializada.

Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada (*skilled nursing facility*, SNF), y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados o atención en un SNF.

El periodo de beneficios no está relacionado con el año calendario. La cantidad y la duración de los periodos de beneficios no tienen límite.

Año calendario

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

Coseguro

Porcentaje que usted 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

Monto fijo que paga por servicios cubiertos, por ejemplo, un copago de **\$20** por una visita al consultorio.

Evidencia de Cobertura

Documento que explica detalladamente los beneficios y el funcionamiento de su plan.

HMO-POS

Un plan HMO-POS es un plan de organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que cuenta con un beneficio de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS). “Punto de servicio” significa que puede recurrir a proveedores fuera de la red del plan para determinados servicios por un costo adicional.

Gasto máximo de bolsillo

Lo máximo que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza el máximo, no tendrá que pagar más copagos ni coseguros por los servicios que estén sujetos al gasto máximo durante el resto del año.

Medicamento necesario

Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Proveedor que no pertenece al plan

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

Plan

Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Prima del plan

Monto que paga por su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Kaiser Permanente Medicare 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 del cuidado de la salud, como un médico o un enfermero.

Farmacia preferida

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos preferidos. Estas farmacias suelen estar 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 el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándares, a las cuales nos referimos como “farmacias estándares” en este documento.

Autorización previa

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

Región

Organización de Kaiser Foundation Health Plan. Tenemos Regiones de Kaiser Permanente ubicadas en el Norte de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington y Washington D. C.

Farmacia minorista del plan

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan.

Farmacia estándar

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos estándares. Estas farmacias no suelen estar ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es mayor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales nos referimos como “farmacias preferidas” en este documento.

Área de servicio

Área geográfica donde ofrecemos los planes Kaiser Permanente Medicare Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en una de las áreas de servicio de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Kaiser Permanente es un plan de HMO-POS que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, el plan o los CMS pueden elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Si considera que el Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono a: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department. Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785, Número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para presentar las quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-777-7902** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Mbi sog: nia maa Bàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoṅ ni soṅ, niṅ ma kénṅen yé, mbi èyem. Wó nàṅ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, আপনি বিনামূল্যে, উপযুক্ত সহায়ক পরিষেবা ও সাহায্য সমেত ভাষা সহায়তা পরিষেবা পেতে পারেন। **1-800-777-7902** (TTY: **711**)-এ ফোন করুন।

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با 1-800-777-7902 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-777-7902 an (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-800-777-7902 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplèman tè adapte gratis. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त उपलब्ध हैं। 1-800-777-7902 पर कॉल करें (TTY: 711).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ ụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesiri ekwesị, n'efu, dị nye gị. Kpọọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE. Se parla italiano, può usufruire gratuitamente dei servizi di assistenza linguistica compresi gli opportuni aiuti e servizi ausiliari. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-777-7902までお電話ください (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-777-7902 로 전화해 주세요 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711).

أردو (Urdu) توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ مفت زبان کی معاونت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، جیسے مناسب معاون امداد اور خدمات۔ کال کریں 1-800-777-7902 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwon isẹ̀ ìrànlọ́wọ̀ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ̀ tó yẹ àti àwọn isẹ̀ láísí ìdíyelé wà fún ọ. Pe 1-800-777-7902 (TTY: 711).

kp.org/medicare (en inglés)

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States
4000 Garden City Drive
Hyattsville, MD 20785

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. Una empresa sin fines de lucro y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)