

# 2023

# Resumen de Beneficios

---

## Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC Plan (HMO-POS)
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC Plan (HMO-POS)
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC Plan (HMO-POS)

*Estos planes incluyen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.*



## Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Medicare Advantage. Puede usar este **Resumen de Beneficios (Summary of Benefits)** para obtener más información sobre nuestros planes. 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 médica

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 3 planes Kaiser Permanente Medicare Advantage 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/eocmasma](http://kp.org/eocmasma) (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)** los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., o ingrese en [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (haga clic en “Español”).

Los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage tienen un beneficio de punto de servicio (POS). “Punto de servicio” 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 alguna pregunta?

- Si no es miembro de Kaiser Permanente, llame al **1-877-408-8607 (TTY 711)**.
- Si es miembro de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536 (TTY 711)**.
- De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

## Qué incluye la cobertura y cuánto cuesta

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

† Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$23</b>	<b>\$108</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> Incluyen los copagos y otros gastos por servicios médicos durante el año. No incluye Medicamentos de Medicare Parte D	<b>\$6,900</b>	<b>\$6,900</b>	<b>\$5,700</b>
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	<b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia	<b>\$270</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia	<b>\$190</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia
<b>Cobertura para pacientes ambulatorios*†</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$300</b> por consulta	De <b>\$0</b> a <b>\$250</b> por consulta	De <b>\$0</b> a <b>\$125</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*†</b>	<b>\$300</b> por consulta	<b>\$250</b> por consulta	<b>\$125</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b>			
• Proveedores de atención primaria	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
• Especialistas*†	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$25</b> por consulta
<b>Atención preventiva*†</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$95</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$95</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$110</b> por consulta en el Departamento de Emergencias
<b>Servicios de urgencia</b> Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$40</b> por visita al consultorio	<b>\$40</b> por visita al consultorio	<b>\$25</b> por visita al consultorio

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con el plan Value DC, usted paga</b>	<b>Con el plan Standard DC, usted paga</b>	<b>Con el plan High DC, usted paga</b>
<b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)</li> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como MRI, TC y PET)</li> </ul>	<b>\$150</b> por procedimiento	<b>\$100</b> por procedimiento	<b>\$40</b> por procedimiento
<b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$25</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de evaluación y ajuste de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (asignación por oído cada tres años)</li> </ul> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<b>Asignación de \$1,000</b>  Si el audífono supera los \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$1,000</b>  Si el audífono supera los \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$1,000</b>  Si el audífono supera los \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental preventiva</li> </ul>	<b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, una radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).	<b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, una radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).	<b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, una radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).

Beneficios y primas	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul> <p>Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</p> <p>Importante: Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el límite es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,000 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,000 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,000 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>
<p><b>Servicios para la vista*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos</li> <li>Exámenes rutinarios de la vista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$40</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$40</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$25</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.</p>	<p>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.</p>	<p>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la vista (asignación cada dos años).</li> </ul> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p>Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b></p>	<p>Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$250, <b>usted paga la diferencia.</b></p>	<p>Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$250, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$5</b> por consulta</p>	<p><b>\$5</b> por consulta</p>	<p><b>\$5</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con el plan Value DC, usted paga</b>	<b>Con el plan Standard DC, usted paga</b>	<b>Con el plan High DC, usted paga</b>
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.	<b>Por periodo de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$196</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>	<b>Por periodo de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$196</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>	<b>Por periodo de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$150</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*†</b>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$25</b> por consulta
<b>Ambulancia</b>	<b>\$275</b> por viaje de ida o vuelta	<b>\$275</b> por viaje de ida o vuelta	<b>\$225</b> por viaje de ida o vuelta
<b>Transporte</b> Brindamos cobertura para hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Brindamos cobertura para una cantidad limitada de medicamentos de Medicare Parte B cuando los compra a un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles y el <b>Directorio de Farmacias</b> para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándar del plan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de la salud</li> </ul>	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro según el medicamento.	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro según el medicamento.	<b>\$0 o 20 %</b> de coseguro según el medicamento.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$12</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$45</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$45</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$42</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>

# Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

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

- El plan en el que se inscribe (Value, Standard o High).
- 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](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia 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 (como un suministro de 30 o 90 días). Importante: El suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surte su receta (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](http://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, etapa de interrupción en la cobertura o cobertura para catástrofes).
- **Mensaje importante con respecto a lo que paga por la insulina:** no pagará más de **\$35** por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.
- **Mensaje importante con respecto a lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

Importante: Medicare ofrece Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir Ayuda Adicional, es posible que no se le apliquen los gastos 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 para un suministro de hasta 30 días hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los **\$4,660**. (Los montos de los medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y cualquier plan de la Parte D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$4,660 en 2023, pasa a la etapa de interrupción en la cobertura y su cobertura cambia.

Nivel del medicamento	Farmacia preferida del plan			Farmacia estándar del plan
	Suministro de hasta 30 días			
	Plan Value	Plan Standard	Plan High	Todos los planes
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$10
Nivel 2 (genéricos)	\$12	\$12	\$12	\$20
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	\$45	\$45	\$42	\$47
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	\$100	\$100	\$80	\$100
Nivel 5 (especializados)	Coseguro del 33 %			
Nivel 6 (vacunas)	\$0			

Usted paga \$0 por un suministro de 31 a 90 días de medicamentos del nivel 1 y nivel 2 de nuestro servicio de farmacia por correo.

Para todos los demás medicamentos recetados, los copagos mencionados en la tabla anterior se multiplicarán de la siguiente manera:

- Si recibe un suministro de 31 a 60 días a través de una de nuestras farmacias minoristas, debe pagar el monto correspondiente a 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 90 días en una de nuestras farmacias minoristas, debe pagar el monto correspondiente a 3 copagos.
- Si recibe un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los niveles 3 o 4 de nuestro Servicio de farmacia por correo, debe pagar el monto correspondiente a 2 copagos.

**Importante:** Para un suministro de 31 a 90 días de medicamentos sujetos a un coseguro, debe pagar el coseguro mencionado en la tabla anterior.

## Etapa de interrupción en la cobertura

La etapa de interrupción en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gastan **\$4,660** en sus medicamentos durante 2023. Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa de interrupción en la cobertura:

Nivel del medicamento	Con los planes Standard o Value, usted paga	Con el plan High, usted paga
Niveles 1 y 2	Coseguro del 25 %	Los mismos copagos que paga durante la etapa de cobertura inicial, mencionados anteriormente
Niveles 3, 4 y 5	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 6	\$0	\$0

## Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre gastan \$7,400 en los medicamentos recetados de la Parte D en 2023, entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted lo hace, sus copagos y coseguros cambiarán por el resto de 2023. Usted paga lo siguiente por medicamento recetado durante la etapa de cobertura para catástrofes:

- Coseguro del **5 %** para los medicamentos genéricos o de marca
- **\$0** para vacunas de la Parte D

## 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 para **infusiones en el hogar** de la Parte D con cobertura se proporcionan sin cargo en una farmacia de infusiones en el hogar del plan.
- 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 más 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 ofrece cobertura extra por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más detalles.

Beneficios y primas de Advantage Plus	Usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$20</b>
<b>Asignación adicional de artículos para la vista*†</b> Cada 24 meses, se agregan \$175 a la asignación de artículos para la vista que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de \$425 para los paciente de los planes High o Standard, o de \$375 para los miembros del plan Value, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos*†</b> Cada 3 años, se agregan \$1,000 a la asignación de audífonos descrita anteriormente en “Servicios de audición” para la compra de 1 audífono por oído.	Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$2,000 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios dentales integrales</b> • Cada año, se agrega un límite de beneficio anual de \$500 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.	<b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,500 (límite del beneficio anual combinado)</b> . Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,500 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: Programa Silver&amp;Fit®</b></p> <p>Usted no paga ningún costo adicional por la membresía estándar en cualquiera de los centros de acondicionamiento físico que participan en el programa Silver&amp;Fit. También puede elegir uno de los kits de acondicionamiento físico en el hogar de los kits que hay disponibles para ayudarlo a mantenerse en forma desde su casa. El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca comercial de ASH registrada a nivel federal que se usa aquí con autorización. Los centros y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	Sin cobertura.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$20. La parte que no se use del límite del beneficio trimestral no se transferirá al siguiente periodo.</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/mas">kp.org/otc/mas</a> (en inglés). Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar que le enviemos por correo un catálogo impreso al <b>1-833-881-1422 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>	<b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$50</b> .	<b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$60</b> .	<b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$60</b> .

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<p><b>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio suplementario de punto de servicio)</b></p> <p>Si viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua obtenidas de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red, que no excedan los montos máximos de beneficios de \$1,200 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"> <li>• <b>\$0</b> para determinados servicios preventivos cubiertos por Original Medicare.</li> <li>• Consultas de atención primaria y especializada.</li> <li>• Pruebas y servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Radiografías, ultrasonidos, mamografías de diagnóstico y otras imágenes diagnósticas básicas.</li> <li>• Consultas ambulatorias de cuidado de salud mental.</li> <li>• Medicamentos de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>Para obtener los detalles de cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo encontrar un proveedor elegible, programar una cita, hacer reclamos y determinar si está fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente, consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> en la sección 2.2 del capítulo 4.</p>			<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite de beneficios anual de <b>\$1,200</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> por consulta de atención especializada.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de terapia individual y <b>\$15</b> por consulta de terapia de grupo para el cuidado de la salud mental.</li> <li>• <b>\$25</b> por servicios de radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas.</li> <li>• <b>\$20</b> por consulta de atención primaria.</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta por pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, LDL e INR que tienen un costo de \$0.</li> <li>• <b>\$10</b> por prueba de electrocardiogramas, monitoreo con Holter y electroencefalogramas.</li> <li>• <b>\$10</b> para extracción de sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• <b>\$0</b> para consultas de atención preventiva.</li> <li>• Usted paga un <b>20 % del costo del proveedor</b> por los medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o clínica.</li> </ul> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de <b>\$1,200</b> por año calendario, usted paga 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 a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios 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](http://greatcall.com/KP) o llame al **1-800-205-6548** (TTY **711**) para obtener más información.

## Asistencia y cuidados a domicilio de Comfort Keepers

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

## Mom's Meals reparto de comida saludable

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 enfermedades crónicas importantes y al bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente se benefician de precios reducidos y envío gratuito de Mom's Meals. Visite [momsmealsnc.com](https://www.momsmealsnc.com) o llame al **1-866-224-9483** (TTY **711**) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden 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 con anterioridad. 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 Senior 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 uno de nuestros planes si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y 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, en el distrito de Columbia.

## 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.
- Usted obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan incluidos en nuestro **Directorio de Proveedores** y en el **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 Medicare Explorer (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 médica

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](http://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](http://kp.org/espanol).

### Ayuda para controlar condiciones médicas

Si actualmente tiene más de una condición 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 condiciones. El programa brinda información y enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pídale más información a su médico personal.

## **Avisos**

### **Apelaciones y quejas formales**

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere debe ser cubierto. 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 una queja que no está relacionada 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 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 la región de los estados del Atlántico Medio, deberá inscribirse en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage en su nueva área de servicio.

## Servicios de interpretación en varios idiomas

**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 **1-888-777-5536 (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 **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**ChineseMandarin:** 我们提供免费翻译服务，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**1-888-777-5536 (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**1-888-777-5536 (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 sapagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-888-777-5536 (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 **1-888-777-5536 (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 **1-888-777-5536 (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 **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료보험 또는 약품보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역서비스를 이용하려면 전화 **1-888-777-5536 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 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 **1-888-777-5536 (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 .. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية (TTY 711) 1-888-777-5536 سوى الاتصال بنا على

**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 1-888-777-5536 (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 1-888-777-5536 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Português:** 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 1-888-777-5536 (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 1-888-777-5536 (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 1-888-777-5536 (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、1-888-777-5536 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Además:

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

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 (línea TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o que lo discriminaron de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con nuestro coordinador de derechos civiles escribiendo a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o llamando a Servicio a los Miembros al número que se mencionó anteriormente. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales 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 (línea TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

## Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso sobre Prácticas de Privacidad** en [kp.org/privacy](http://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 en 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 (*skillednursingfacility*, 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.

### Deducible

Monto que debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D antes de entrar a la etapa de cobertura inicial.

### Evidencia de Cobertura

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

### HMO-POS

Plan de organización para el mantenimiento de la salud (*HealthMaintenanceOrganization*, HMO) que cuenta con un beneficio de punto de servicio (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 en la práctica médica.

### Proveedor que no pertenece al plan

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**

Una 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 estándar, a las cuales nos referimos como “farmacias estándar” 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 y 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 recetados. Estas farmacias suelen estar ubicadas en los consultorios médicos del plan.

**Farmacia estándar**

Una farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos estándar. 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 paciente 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. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, el plan o los CMS pueden elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte el manual **“Medicare y usted (Medicare & You)”**. Puede consultarlo en línea en **es.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**.

**kp.org/medicare** (haga clic en “Español”).

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States 2101  
East Jefferson Street  
Rockville, MD 20852

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. Una empresa sin fines de lucro y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

