

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

# 2024 Resumen de Beneficios

---

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

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

H2172\_23\_97SP\_M  
PBP #: 013  
2023AR1294







## Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. 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

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/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 Care Plus tienen un beneficio de punto de servicio (*Point-of-Service*, POS) “Punto de servicio” significa que puede usar 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)**.
- 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
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$30</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> Incluyen los copagos y otros gastos por servicios médicos durante el año. No se incluyen medicamentos de Medicare Parte D	<b>\$6,500</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	<b>\$250</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$225</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)*†</b>	<b>\$225</b> por consulta
<b>Consultas con el médico</b>	<b>\$5</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*†</li> </ul>	<b>\$40</b> por consulta
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal*†</li> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</li> <li>• Mediciones de masa ósea (densidad ósea)*†</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular*†</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario, colonoscopias, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles y pruebas de ADN en heces multiobjetivo)*†</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección de hepatitis C</li> <li>• Pruebas de detección de VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> </ul>	<b>\$0</b> Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare en el contrato anual se cubrirán. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Servicios de terapia nutricional*†</li> <li>• Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19, la gripe, la hepatitis B y el neumococo, entre otras</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco</li> <li>• Consulta “Bienestar” anual</li> </ul>	
<p><b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<b>\$100</b> por consulta en el Departamento de Emergencias
<p><b>Servicios requeridos con urgencia</b> Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</p>	<b>\$40</b> por visita al consultorio
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<b>\$15</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>	<b>\$15</b> por procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)</li> </ul>	<b>\$100</b> por procedimiento
<p><b>Servicios para la audición*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	<b>\$40</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (asignación por oído cada tres años). Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</li> </ul>	<p><b>Asignación de \$1,000</b></p> <p>Si el audífono supera los \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental preventiva</li> </ul>	<p><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, 1 radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).</p>

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
<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>Servicios para la vista*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• 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>• Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de 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>
<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 \$250, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental†</b></p>	<p>Usted paga <b>\$250</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$20</b> por consulta</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada*†</b></p> <p>Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.</p>	<p><b>Por periodo de beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$203</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia*†</b></p>	<p><b>\$40</b> por consulta</p>
<p><b>Ambulancia†</b></p>	<p><b>\$225</b> por viaje de ida o vuelta</p>
<p><b>Transporte</b></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><b>\$0</b></p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b></p> <p>Brindamos cobertura para 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 estándares del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de la salud</li> </ul>	<p><b>\$0 - 20 %</b> de coseguro según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que exceden el monto de inflación.</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<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>• 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, excepto que usted paga \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de DME.</li> <li>• <b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan, excepto que usted paga \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de DME.</li> </ul>

# 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](http://kp.org/seniorrx) (haga clic en “Español”) o para solicitar una copia, 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.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 días 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, periodo de interrupción en la cobertura o etapas de 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 para un suministro de hasta 30 días hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los **\$5,030**. (Los costos totales anuales de los medicamentos son los montos pagados por usted y por cualquier plan de la Parte D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$5,030 en 2024, pasa a la etapa de interrupción en la cobertura y su cobertura cambia.

Nivel del medicamento	Farmacia de tienda 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)	\$3	\$10	\$6	\$20	\$9	\$30
Nivel 2 (genéricos)	\$12	\$20	\$24	\$40	\$36	\$60

<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos)	<b>\$45</b>	<b>\$47</b>	<b>\$90</b>	<b>\$94</b>	<b>\$135</b>	<b>\$141</b>
<b>Nivel 4*</b> (medicamentos no preferidos)	<b>\$100</b>	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$200</b>	<b>\$300</b>	<b>\$300</b>
<b>Nivel 5*</b> (especializados)	<b>33 %</b>					
<b>Nivel 6**</b> (vacunas)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>N/C</b>		<b>N/C</b>	

\* Por cada producto de insulina que cubra nuestro plan, no pagará más de **\$35** para un suministro de 30 días, **\$70** para un suministro de 31 a 60 días y **\$105** para un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

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

<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Servicio de farmacia por correo del plan</b>		
	Suministro de hasta 30 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
<b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos)	<b>\$3</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b> (genéricos)	<b>\$12</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos)	<b>\$45</b>	<b>\$90</b>	<b>\$90</b>
<b>Nivel 4*</b> (medicamentos no preferidos)	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$200</b>
<b>Nivel 5*</b> (especializados)	<b>33 %</b>		

Importante: Los medicamentos del Nivel 6 (vacunas) no están disponibles mediante el servicio de farmacia por correo.

\* Por cada producto de insulina que cubra nuestro plan, no pagará más de **\$35** para un suministro de 30 días, **\$70** para un suministro de 31 a 60 días o **\$90** para un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de nivel 3 y **\$105** para un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de niveles 4 y 5, independientemente del nivel.

### **Etapa de interrupción en la cobertura**

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

<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Niveles 1 y 2</b>	Coseguro del <b>25 %</b>
<b>Niveles 3, 4 y 5</b>	Coseguro del <b>25 %</b>
<b>Nivel 6</b>	<b>\$0</b>

## Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre durante 2024 gastan **\$8,000** 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 de la Parte D cubiertos en 2024.

## 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 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
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$18</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, <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> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cada año, se agrega un límite de beneficio anual de \$500 a la asignación dental integral descrita anteriormente en "Servicios dentales".</li><li>• Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</li></ul>	<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 pagará el 100 % durante el resto del año.

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Usted paga
Prima mensual adicional	<b>\$23</b>
<p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite de beneficio anual de \$1.000 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</li> <li>• Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$2,000 (límite del beneficio anual combinado)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$2,000 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 <b>límite de beneficio anual de \$2,500</b>.</p>

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Beneficios fuera de la red del punto de servicio (POS) Care Plus</b></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 D obtenidos de proveedores de Medicare fuera de la red, mientras no excedan los montos máximos de beneficios de <b>\$1,500</b> 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>• Consultas de atención primaria y especializada.</li> <li>• Consultas ambulatorias de cuidado de salud mental.</li> <li>• Consultas de fisioterapia.</li> <li>• Pruebas y servicios para pacientes ambulatorios, como análisis de laboratorio, radiografías y ultrasonidos.</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 y hacer reclamos, consulte la tabla de beneficios médicos en la sección 2.2 del capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite de beneficios anual de <b>\$1,500</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 servicios de radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas básicas.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta por pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, LDL e INR que tienen un costo de \$0.</li> <li>• <b>\$50</b> por prueba de electrocardiogramas, monitoreo con Holter y electroencefalogramas.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de atención primaria.</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>\$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. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que exceden el monto de inflación.</li> </ul> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de <b>\$1,500</b> por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto máximo de beneficios.</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: Programa Silver&amp;Fit®</b> 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 gimnasios y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b>  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 un catálogo impreso por correo al <b>1-833-881-1422 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$50</b>.</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 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](https://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 ayudarlo a mantener una vida independiente dentro de su propio hogar. Le brindará apoyo con las tareas domésticas ligeras, la preparación de comidas y más.

Visite [carelinx.com/kaiserpermanente-affinity](https://carelinx.com/kaiserpermanente-affinity) o llame sin costo al **1-855-271-2656** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y los fines de semana de 9 a. m. a 5 p. m.

## Atención y ayuda en el hogar con Comfort Keepers®

Servicios de 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 en su hogar. Visite [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](https://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) o llame al **1-800-611-9689** (TTY 711) para obtener más información.

## Entrega de 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 enfermedades crónicas importantes y al bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente obtienen precios reducidos y envío gratuito de Mom's Meals.

Visite [momsmealsnc.com](https://momsmealsnc.com) o llame al **1-866-224-9483** (TTY 711) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden continuar 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

Puede inscribirse en este plan si usted:

- 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, 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.
- Usted obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan incluidos en el **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 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](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 disponibles, 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 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 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 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](http://kp.org/privacy) (haga clic en “Español”) para obtener más información.

## Definiciones útiles (glosario)

### **Año calendario**

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

### **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.

### **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.

### **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.

### **Copago**

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

Es el monto que debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D antes de entrar en la etapa de cobertura inicial.

### **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.

### **Evidencia de Cobertura**

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

### **Farmacia de tienda 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**

Una farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos estándares. Estas farmacias normalmente no están ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es 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.

### **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 estándares, a las cuales nos referimos como “farmacias estándares” en este documento.

### **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.

### **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.

### **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.

### **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 (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.

### **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.

### **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.

### **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.

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**”. 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 (*Health Maintenance Organization*, HMO)