

# 2025

# Resumen de Beneficios

---

## Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage:

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

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



## Acerca de este *Resumen de Beneficios*

Gracias por considerar 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) para los planes High MD y Standard MD
- 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 4 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 llamando 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 High MD y Standard MD 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 preguntas?

- 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)**.
- Atendemos 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	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	\$0	\$21	\$104
<b>Deducible</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Su gasto máximo de bolsillo</b> Incluyen los copagos y otros gastos por servicios médicos durante el año. No incluye medicamentos de Medicare Parte D.	\$8,200	\$7,200	\$6,900	\$5,700
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límites para la cantidad de días de hospitalización medicamente necesarios.	\$300 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia	\$300 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia	\$270 por día, del día 1 al 5 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia	\$270 por día, del día 1 al 6 de hospitalización y \$0 por el resto de la estancia
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>	De \$0 a \$300 por consulta	De \$0 a \$300 por consulta	De \$0 a \$125 por consulta	De \$0 a \$125 por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*†</b>	\$300 por consulta	\$300 por consulta	\$125 por consulta	\$125 por consulta
<b>Consultas con el médico</b> Proveedores de atención primaria	\$10 por consulta	\$10 por consulta	\$5 por consulta	\$10 por consulta
<b>Especialistas*†</b>	\$40 por consulta	\$40 por consulta	\$25 por consulta	\$35 por consulta

Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<p><b>Atención preventiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal*†</li> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</li> <li>• Pruebas de biomarcadores con análisis de sangre</li> <li>• Mediciones de masa 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>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> </ul>	<p><b>\$0</b> Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p><b>\$0</b> Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p><b>\$0</b> Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>	<p><b>\$0</b> Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>

Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección de hepatitis C</li> <li>• Pruebas de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> <li>• Servicios de terapia nutricional*†</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Terapia del comportamiento para tratar la obesidad</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> </ul>				

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con el plan Value Balt, usted paga</b>	<b>Con el plan Value MD, usted paga</b>	<b>Con el plan Standard MD, usted paga</b>	<b>Con el plan High MD, usted paga</b>
<ul style="list-style-type: none"> <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>• Consulta anual de “Bienestar”</li> </ul>				
<b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$110</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$110</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$110</b> por consulta en el Departamento de Emergencias	<b>\$125</b> por consulta en el Departamento de Emergencias
<b>Servicios requeridos con 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>\$35</b> por visita al consultorio
<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> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
• Radiografías	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
• Ultrasonidos	<b>\$40</b> por procedimiento	<b>\$20</b> por procedimiento	<b>\$15</b> por procedimiento	<b>\$10</b> por procedimiento

Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<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>	\$190 por procedimiento	\$150 por procedimiento	\$100 por procedimiento	\$100 por procedimiento
<b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	\$40 por consulta	\$40 por consulta	\$25 por consulta	\$35 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	\$0	\$0	\$0	\$0
<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 la sección "Advantage Plus" para obtener más detalles).</p>	<b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono cuesta más de <b>\$1,000, usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono cuesta más de <b>\$1,000, usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono cuesta más de <b>\$1,000, usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono cuesta más de <b>\$1,000, 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, 1 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, 1 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, 1 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, 1 radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).



Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul> <p>Consulte la <i>EOC</i> 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>\$500 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$500 para la atención dental integral, usted pagará 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>\$1,500 (límite anual de beneficios)</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.</p>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$3,000 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$3,000 para la atención dental integral, usted pagará 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 pagará 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 de rutina de la vista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$10</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>\$10</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><b>\$10</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$35</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>	<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>	<p>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.</p>

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Con el plan Value Balt, usted paga</b>	<b>Con el plan Value MD, usted paga</b>	<b>Con el plan Standard MD, usted paga</b>	<b>Con el plan High MD, usted paga</b>
Otros artículos para la vista (asignación cada dos años). Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$225, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental†</b> • Salud mental para pacientes hospitalizados*	Usted paga <b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).	Usted paga <b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).	Usted paga <b>\$270</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).	Usted paga <b>\$270</b> por día, del día 1 al 6 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).
• Terapia grupal para pacientes ambulatorios	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
• Terapia individual para pacientes ambulatorios	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.	Por periodo de beneficios: <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$214</b> por día, del día 21 al 100	Por periodo de beneficios: <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$214</b> por día, del día 21 al 100	Por periodo de beneficios: <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$190</b> por día, del día 21 al 100	Por periodo de beneficios: <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$160</b> por día, del día 21 al 100
<b>Fisioterapia*†</b>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$25</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta
<b>Ambulancia†</b>	<b>\$275</b> por viaje de ida o de vuelta	<b>\$275</b> por viaje de ida o de vuelta	<b>\$225</b> por viaje de ida o de vuelta	<b>\$225</b> por viaje de ida o de vuelta
<b>Transporte</b> Brindamos cobertura hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.	Sin cobertura	Sin cobertura	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> 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 <i>Directorio de Farmacias</i> 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 de cuidado de salud</li> </ul>	<p>Coseguro del <b>0 % al 20 %</b> según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del <b>0 % al 20 %</b> según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del <b>0 % al 20 %</b> según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>	<p>Coseguro del <b>0 % al 20 %</b> 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"> <li>• Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$14</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>\$14</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, excepto que usted paga \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de DME.</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> </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> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$42</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> </ul>

Beneficios y primas	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan Value MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <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 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, al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y solicite una copia.
- 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](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 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 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 hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los **\$2,000**. Si alcanza el límite de \$2,000 en 2025, pasa a la etapa de cobertura para catástrofes y su cobertura cambia.

Nivel del medicamento	Farmacia 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
<b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos) • Miembros de los planes <b>Standard</b> y <b>High</b>	\$0	\$10	\$0	\$20	\$0	\$30
• Miembros del plan <b>Value Balt</b>	\$3	\$10	\$6	\$20	\$9	\$30
• Miembros del plan <b>Value MD</b>	\$0	\$10	\$0	\$20	\$0	\$30
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros de los planes <b>Standard</b> y <b>High</b>	\$12	\$20	\$24	\$40	\$36	\$60
• Miembros del plan <b>Value</b>	\$14	\$20	\$28	\$40	\$42	\$60
<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos) • Miembros del plan <b>High</b>	\$42	\$47	\$84	\$94	\$126	\$141
• Miembros de los planes <b>Value</b> y <b>Standard</b>	\$45	\$47	\$90	\$94	\$135	\$141
<b>Nivel 4*</b> (medicamentos no preferidos)	\$100		\$200		\$300	
<b>Nivel 5*</b> (especializados)	33 %					
<b>Nivel 6**</b> (vacunas)	\$0		\$0		N/C	

\* 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.

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
<b>Nivel 1</b> (genéricos preferidos) • Miembros de los planes <b>Standard</b> y <b>High</b>	\$0	\$0	\$0
• Miembros del plan <b>Value Balt</b>	\$3	\$0	\$0
• Miembros del plan <b>Value MD</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros de los planes <b>Standard</b> y <b>High</b>	\$12	\$0	\$0
• Miembros del plan <b>Value</b>	\$14	\$0	\$0
<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos) • Miembros del plan <b>High</b>	\$42	\$84	\$84
• Miembros de los planes <b>Value</b> y <b>Standard</b>	\$45	\$90	\$90
<b>Nivel 4*</b> (medicamentos no preferidos)	\$100	\$200	\$200
<b>Nivel 5*</b> (especializados)	33 %		

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 u **\$84** para un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de nivel 3 para miembros del plan High, \$90 para un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de nivel 3 para miembros de los planes Standard o Value y **\$105** para un suministro de 61 a 90 días de medicamentos de niveles 4 y 5, independientemente del nivel.

### Etapa de cobertura para catástrofes

Si usted u otras personas en su nombre durante 2025 gastan \$2,000 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 2025.

## 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 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	Lo que usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$18</b>
<b>Asignación adicional de artículos para la vista*†</b> Cada 24 meses, se agregan \$275 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 \$500 para los miembros del plan High o de \$475 para los miembros de los planes Standard o 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite anual de beneficios de \$500 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</li> <li>• Consulte la <i>EOC</i> 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 el límite del beneficio anual combinado. Cuando alcance el límite anual de beneficios combinados para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Lo que usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$23</b>
<b>Servicios dentales integrales†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite anual de beneficios 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>	<b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado el límite del beneficio anual combinado. Cuando alcance el límite anual de beneficios combinados para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año. Si se inscribe en las opciones 1 y 2, los beneficios se combinan, por lo que obtiene un límite anual de beneficios de \$1,500, además de la asignación para atención dental integral de su plan descrita anteriormente en “Servicios dentales”.

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan High MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<b>Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™ solo para miembro de los planes Standard MD y High MD</b> Usted tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo de One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye lo siguiente:  Una gran red de gimnasios para el fortalecimiento corporal con centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios exclusivos de acondicionamiento físico. Puede acudir a cualquier centro de la red.	No se aplica	No se aplica	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>



Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan High MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<p>Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y disponible al instante para realizar en el hogar.</p> <p>Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web y la aplicación móvil para miembros de One Pass.</p> <p>Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, para ejercicios de fuerza, yoga o danza.</p> <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para configurar una cuenta en línea, visite <b>YourOnePass.com</b> o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p>				
<p><b>Artículos de venta libre</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,</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$30</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$50</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$110</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$65</b>.</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan High MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<p>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 utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre.</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</b> (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>				
<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,</p>	Sin cobertura	Sin cobertura	<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite anual de beneficios de <b>\$1,200</b>:</p> <p><b>\$50</b> por consulta de atención especializada.</p> <p><b>\$50</b> por consulta de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</p> <p><b>\$25</b> por consulta de terapia individual y <b>\$15</b> por consulta de terapia de grupo para el cuidado de salud mental.</p> <p><b>\$25</b> por servicios de radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas básicas.</p> <p><b>\$25</b> por consulta de atención primaria.</p>	

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan High MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
<p>de seguimiento o continuas 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> <p>Ciertos servicios preventivos cubiertos <b>sin costo</b> por Original Medicare.</p> <p>Consultas de atención primaria y especializada.</p> <p>Pruebas y servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</p> <p>Radiografías, ultrasonidos, mamografías de diagnóstico y otras imágenes diagnósticas básicas.</p> <p>Consultas ambulatorias de cuidado de salud mental.</p> <p>Medicamentos de Medicare Parte B.</p> <p>Para obtener los detalles de cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo encontrar un proveedor elegible,</p>			<p><b>\$10</b> por consulta por pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, LDL e INR que tienen un costo de \$0.</p> <p><b>\$10</b> por prueba de electrocardiogramas, monitoreo con Holter y electroencefalogramas.</p> <p><b>\$10</b> para extracción de sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</p> <p><b>\$0</b> para consultas de atención preventiva.</p> <p>Usted paga <b>entre el 0 % y el 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.</p> <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>	

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value Balt, usted paga	Con el plan High MD, usted paga	Con el plan Standard MD, usted paga	Con el plan High MD, usted paga
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.				

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de 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](http://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/kp-affinity](http://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 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 ayudarlo 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](http://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) o llame al **1-800-611-9689 (TTY 711)** para obtener más información.

## Entrega de comidas saludables de Mom's Meals®

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 sin costo de Mom's Meals. Visite [www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx](http://www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx) o llame al **1-866-224-9483** (TTY 711) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden seguir usando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles con los socios antes mencionados. 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 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 de High MD o Standard MD, que incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, la ciudad de Baltimore, Baltimore, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George. Además, el área de servicio incluye las siguientes partes de condados en Maryland:
  - los siguientes códigos postales en el condado de Calvert: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736, and 20754;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Charles: 20601-04, 20607, 20612-13, 20616-17, 20637, 20640, 20643, 20645-46, 20658, 20675, 20677 y 20695;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Frederick: 20842, 20871, 21701-05, 21709-10, 21714, 21716-18, 21754-55, 21757-59, 21762, 21769-71, 21774-77, 21787, 21790-93.
- Vive en el área de servicio de Value Balt, que incluye la ciudad de Baltimore y el condado de Baltimore completos en Maryland.
- Vive en el área de servicio de Value MD, que incluye los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George. Además, el área de servicio incluye las siguientes partes de condados en Maryland:
  - los siguientes códigos postales en el condado de Calvert: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736, and 20754;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Charles: 20601-04, 20607, 20612-13, 20616-17, 20637, 20640, 20643, 20645-46, 20658, 20675, 20677 y 20695;
  - los siguientes códigos postales en el condado de Frederick: 20842, 20871, 21701-05, 21709-10, 21714, 21716-18, 21754-55, 21757-59, 21762, 21769-71, 21774-77, 21787, 21790-93.

# 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**. Sin embargo, 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 para los planes High MD y Standard MD. 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 total.

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 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.

## Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para 2025 que 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 la Parte D de Medicare 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](https://www.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 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](https://www.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 (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

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

## 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 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

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

Una 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 de tienda del plan

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados. Estas farmacias normalmente se encuentran en los consultorios médicos del plan.

## Farmacia estándar

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.

## 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 y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Por ley, el plan o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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**.

# Notice of Nondiscrimination

Kaiser Permanente complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters.
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats.
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters.
  - Information written in other languages.

If you need these services, call Member Services at **1-888-777-5536** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator by writing to 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 or calling Member Services at the number listed above. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-777-5536** (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.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 **1-888-777-5536** (TTY 711)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

**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 sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-888-777-5536** (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 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-888-777-5536** (TTY **711**). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-888-777-5536** (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 سوى الاتصال بنا على **1-888-777-5536** (TTY **711**). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-888-777-5536** (TTY **711**) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-888-777-5536** (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 者が支援いたします。これは無料のサービスです。







**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare) (en inglés)**

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)