

# 2025

# Resumen de Beneficios

---

## Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage:

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

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



# Acerca de este Resumen de Beneficios

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

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales, que incluyen beneficios de punto de servicio (Point-of-Service, POS)
- Descuentos para miembros en productos y servicios
- Quiénes pueden inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención
- 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 3 planes Kaiser Permanente Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. No incluye todo lo que está o no está cubierto, ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura** (Evidence of Coverage, EOC), que se encuentra en nuestro sitio web en [kp.org/eocmasma](http://kp.org/eocmasma) (haga clic en “Español”) o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Los planes 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.

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$30</b>	<b>\$105</b>
<b>Deducible</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</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>\$6,900</b>	<b>\$6,900</b>	<b>\$5,700</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	<b>\$290</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia	<b>\$245</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia	<b>\$225</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>	<b>De \$0 a \$290</b> por consulta	<b>De \$0 a \$130</b> por consulta	<b>De \$0 a \$125</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ambulatory surgical center, ASC)*†</b>	<b>\$290</b> por consulta	<b>\$130</b> por consulta	<b>\$125</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b>			
• Proveedores de atención primaria	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
• Especialistas*†	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<b>Atención preventiva</b>			
• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal*†	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol	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.	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.	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.

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <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> <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> </ul>			

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <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> <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>			
<p><b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<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
<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	<b>\$35</b> por visita al consultorio	<b>\$30</b> por visita al consultorio

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)</li> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)</li> </ul>	<b>\$170</b> por procedimiento	<b>\$100</b> por procedimiento	<b>\$100</b> por procedimiento
<b>Servicios para la audición*†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (asignación por oído cada tres años)</li> </ul> Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).	<b>Asignación de \$1,000</b> (si el audífono que compra cuesta más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia</b> ).	<b>Asignación de \$1,000</b> (si el audífono que compra cuesta más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia</b> ).	<b>Asignación de \$1,000</b> (si el audífono que compra cuesta más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia</b> ).
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental preventiva</li> </ul>	<b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, 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>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul> <p>Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</p> <p>Importante: Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el límite es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p>Coseguro del <b>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>Coseguro del <b>50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$2,500 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$2,500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.</p>	<p>Coseguro del <b>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>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$40</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$5</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$35</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>\$30</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>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.	Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.	Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.
<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>	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 \$250, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$250, <b>usted paga la diferencia.</b>
<p><b>Servicios de salud mental†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	Usted paga <b>\$290</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).	Usted paga <b>\$245</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).	Usted paga <b>\$225</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Brindamos cobertura de hasta <b>100</b> días por periodo de beneficios.	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$214</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>	Por periodo de beneficios: <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>	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$160</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*†</b>	<b>\$40</b> por consulta	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$30</b> por consulta
<b>Ambulancia†</b>	<b>\$275</b> por viaje de ida o vuelta	<b>\$225</b> por viaje de ida o vuelta	<b>\$225</b> por viaje de ida o 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	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<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 EOC para obtener más detalles y el Directorio de Farmacias para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándares del plan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de cuidado de salud</li> </ul>	<b>Del 0 % al 20 %</b> de coseguro según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.	<b>Del 0 % al 20 %</b> de coseguro según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.	<b>Del 0 % al 20 %</b> de coseguro según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.
<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>\$7</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>

<b>Beneficios y primas</b>	Con el <b>plan Value DC</b> , usted paga	Con el <b>plan Standard DC</b> , usted paga	Con el <b>plan High DC</b> , usted paga
<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 pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.</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 pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.</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> <li><b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan, excepto que usted pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.</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 solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY: **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días del suministro que recibe (como un suministro de 30 días o 90 días). Tenga en cuenta que el suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- El tipo de farmacia del plan que surte su medicamento (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestro servicio de farmacia por correo). Para saber dónde se ubican nuestras farmacias, consulte el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](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)	\$0	\$10	\$0	\$20	\$0	\$30
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros de los planes <b>High y Standard</b>	\$12	\$20	\$24	\$40	\$36	\$60
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros del plan <b>Value</b>	\$7	\$20	\$14	\$40	\$21	\$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 y Standard</b>	\$45	\$47	\$90	\$94	\$135	\$141
<b>Nivel 4*</b> (no preferidos) • Miembros de los planes <b>High y Standard</b>	\$100	\$100	\$200	\$200	\$300	\$300
• Miembros del plan <b>Value</b>	\$95	\$100	\$190	200	\$285	\$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)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros de los planes <b>High y Standard</b>	<b>\$12</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b> (genéricos) • Miembros del plan <b>Value</b>	<b>\$7</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3*</b> (de marca preferidos) • Miembros del plan <b>High</b>	<b>\$42</b>	<b>\$84</b>	<b>\$84</b>
• Miembros de los planes <b>Value y Standard</b>	<b>\$45</b>	<b>\$90</b>	<b>\$90</b>
<b>Nivel 4*</b> (no preferidos) • Miembros de los planes <b>High y Standard</b>	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$200</b>
• Miembros del plan <b>Value</b>	<b>\$95</b>	<b>\$190</b>	<b>\$190</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 **\$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 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 \$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 \$525 para los miembros de los planes High o Standard, o de \$475 para los miembros del plan Value, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos*†</b> Cada 3 años, se agregan \$1,000 a la asignación de audífonos descrita anteriormente en “Servicios de audición” para la compra de 1 audífono por oído.	Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$2,000 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>

Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus	Usted paga
<p><b>Servicios dentales integrales†</b></p> <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 <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 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.</p>

Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus	Usted paga
<p><b>Prima mensual adicional</b></p>	<p><b>\$23</b></p>
<p><b>Servicios dentales integrales†</b></p> <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>	<p><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 la opción 1 y la opción 2, se combinan los beneficios y usted tiene un límite anual de beneficios de \$1,500 además de la asignación dental integral de su plan descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</p>

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico para Standard DC y High DC: One Pass™</b></p> <p>Usted tiene acceso al programa de acondicionamiento físico completo de One Pass para el cuerpo y la mente. One Pass incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p>No se aplica</p>	<p><b>\$0</b></p>	<p><b>\$0</b></p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de acondicionamiento físico digitales, en vivo y disponible al instante para realizar en el hogar.</li> <li>• Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web y la aplicación móvil para miembros de One Pass.</li> <li>• Un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año, para ejercicios de fuerza, yoga o danza.</li> </ul> <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 <b>1-877-614-0618 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p>			
<p><b>Artículos de venta libre (over-the-counter, OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$20. La parte que no se use del límite del beneficio trimestral no se transferirá al siguiente periodo.</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <b>kp.org/otc/mas</b> (en inglés). Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar un catálogo impreso por correo al <b>1-833-8811422 (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>\$70</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$80</b>.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$70</b>.</p>

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Con el plan Value DC, usted paga	Con el plan Standard DC, usted paga	Con el plan High DC, usted paga
<p><b>Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio suplementario de punto de servicio)</b></p> <p>Si viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos servicios preventivos cubiertos <b>sin costo</b> por Original Medicare.</li> <li>• Consultas de atención primaria y especializada.</li> <li>• Pruebas y servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Radiografías, ultrasonidos, mamografías de diagnóstico y otras imágenes diagnósticas básicas.</li> <li>• Consultas ambulatorias de cuidado de salud mental.</li> <li>• Medicamentos de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>Para obtener los detalles de cobertura, incluida una lista de los servicios cubiertos, cómo encontrar un proveedor elegible, programar una cita, hacer reclamos y determinar si está fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente, consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> en la sección 2.2 del capítulo 4.</p>			<p>Usted paga lo siguiente hasta alcanzar el límite anual de beneficios de <b>\$1,200</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$50</b> por consulta de atención especializada.</li> <li>• <b>\$50</b> por consulta de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de terapia individual y <b>\$15</b> por consulta de terapia de grupo para el cuidado de salud mental.</li> <li>• <b>\$25</b> por servicios de radiografías, ultrasonidos y otras imágenes diagnósticas básicas.</li> <li>• <b>\$25</b> por consulta de atención primaria.</li> <li>• <b>\$10</b> por consulta por pruebas de laboratorio, excepto pruebas de A1c, LDL e INR que tienen un costo de \$0.</li> <li>• <b>\$10</b> por prueba de electrocardiogramas, monitoreo con Holter y electroencefalogramas.</li> <li>• <b>\$10</b> para extracción de sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• <b>\$0</b> para consultas de atención preventiva.</li> <li>• Usted paga <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.</li> </ul> <p>Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de <b>\$1,200</b> por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto máximo de beneficios.</p>

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros 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) (en inglés) 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](http://carelinx.com/kaiserpermanente-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, desde 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) (en inglés) 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 envíos 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 continuar utilizando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles para el socio mencionado más arriba. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni se garantizan según nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa sobre estos productos y servicios podría estar sujeta al proceso de queja formal de Kaiser Permanente Medicare Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

# Quiénes pueden inscribirse

Usted puede inscribirse en uno de nuestros planes si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Parte B. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, en el Distrito de Columbia.

# Reglas de la cobertura

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

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

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

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios sin cobertura (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

## Cómo obtener atención

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

La lista de medicamentos cubiertos 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**.

## 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** 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](http://kp.org/privacy) (haga clic en “Español”) para obtener más información.

## **Definiciones útiles (glosario)**

### **Asignación**

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

### **Periodo de beneficios**

Manera en la que medimos el uso de los servicios 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 de la práctica médica.

**Proveedor que no pertenece al plan**

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

**Plan**

Kaiser Permanente Medicare Advantage.

**Prima del plan**

Monto que paga por su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

**Proveedor del plan**

Un proveedor del plan o de la red puede ser un centro de atención, como un hospital o una farmacia, o un profesional del cuidado de la salud, como un médico o un enfermero.

**Farmacia preferida**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados con copagos preferidos. Estas farmacias suelen estar ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el Directorio de Farmacias para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es menor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándares, a las cuales nos referimos como “farmacias estándares” en este documento.

**Autorización previa**

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

## Región

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

## Farmacia 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

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

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte 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**.

## Aviso de no discriminación

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

- Ofrecemos ayudas y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrecemos servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de derechos civiles. Para ello, escriba a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o llame a Servicio a los Miembros al número que se mencionó anteriormente. Puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

## 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:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-888-777-5536 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-888-777-5536 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. 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 बोि ता 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、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)