

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021

# 2021

# Resumen de Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Core Plan (HMO),  
Kaiser Permanente Senior Advantage Silver Plan (HMO)  
y Kaiser Permanente Senior Advantage Gold Plan (HMO)

Área de servicio Metropolitana de Denver



## Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Senior Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestros planes. Incluye información sobre:

- Las primas
- Los beneficios y costos
- Los medicamentos recetados de la Parte D
- Los beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención médica

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

### Para obtener más detalles

Este documento es un resumen de 3 planes de Kaiser Permanente Senior Advantage. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web, en [kp.org/eocodb](http://kp.org/eocodb), o solicite una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

### ¿Tiene preguntas?

- Si no es miembro, llame al **1-877-408-3492 (TTY 711)**.
- Si es miembro, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167 (TTY 711)**.
- Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

## Qué está cubierto y cuánto cuesta

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

†Es posible que se requiera autorización previa.

<b>Beneficios y primas</b>	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>	<b>\$47</b>	<b>\$193</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> No incluye medicamentos de Medicare Parte D	<b>\$4,400</b>	<b>\$3,400</b>	<b>\$3,000</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados*†</b> No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	<b>\$200</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización	<b>\$175</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización	<b>\$125</b> al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y <b>\$0</b> durante el resto de su hospitalización
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*†</b>	<b>\$195</b> por consulta	<b>\$150</b> por consulta	<b>\$100</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*</b>	<b>\$195</b> por consulta	<b>\$150</b> por consulta	<b>\$100</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b>			
• Proveedores de atención médica primaria	<b>\$5</b> por consulta	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
• Especialistas	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$25</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta
<b>Atención preventiva</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$90</b> por visita al Departamento de Emergencias	<b>\$90</b> por visita al Departamento de Emergencias	<b>\$80</b> por visita al Departamento de Emergencias

<b>Beneficios y primas</b>	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</li> </ul>	<b>\$30</b> por visita al consultorio	<b>\$25</b> por visita al consultorio	<b>\$20</b> por visita al consultorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografías</li> </ul>	<b>\$10</b> por radiografía	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otras imágenes diagnósticas (como IRM, TC y TEP)</li> </ul>	<b>\$115</b> por imagen ( <b>\$80</b> si es una ecografía)	<b>\$115</b> por imagen ( <b>\$80</b> si es una ecografía)	<b>\$85</b> por imagen ( <b>\$30</b> si es una ecografía)
<b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas</li> <li>Pruebas de audición de rutina</li> <li>La colocación o prueba de evaluación de los audífonos no está cubierta, a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte "Beneficios opcionales de Advantage Plus" para obtener más información).</li> </ul>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Servicios dentales</b> Atención dental preventiva y diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales al año).</li> <li>Profilaxis (limitado a dos limpiezas al año).</li> <li>Fluoruro tópico (una vez cada 12 meses).</li> <li>Radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses).</li> </ul>	<b>\$15</b> por servicio	<b>\$10</b> por servicio	<b>\$5</b> por servicio

<b>Beneficios y primas</b>	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de aleta de mordida (un conjunto cada 12 meses).</li> <li>• Radiografía periapical (cuatro cada 12 meses).</li> <li>• Radiografía oclusal (dos cada 12 meses).</li> <li>• Pruebas de vitalidad pulpar.</li> </ul>			
<p>Atención dental integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas, endodoncias y periodoncias. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.</li> </ul>	<p>No están cubiertos para los miembros del plan Core a menos que se inscriban para recibir beneficios opcionales (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p><b>50 %</b> de coseguro para servicios dentales integrales hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios). Usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, recibirá cobertura dental integral adicional (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</p>	<p><b>50 %</b> de coseguro para servicios dentales integrales hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios). Usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, recibirá cobertura dental integral adicional (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</p>
<p><b>Servicios para la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• 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>• Exámenes rutinarios de los ojos</li> </ul>	<b>\$5</b> por consulta	<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>	<b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier	<b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier	<b>\$0</b> hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier

<b>Beneficios y primas</b>	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
	cantidad que supere dicho límite.	cantidad que supere dicho límite.	cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros artículos para la visión.</li> <li>• Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte la Opción 1 de Advantage Plus para obtener más información).</li> </ul>	<b>Asignación de \$100</b> cada 2 años. Si su artículo para la visión cuesta más de \$100, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$200</b> cada 2 años. Si el artículo para la visión cuesta más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>	<b>Asignación de \$200</b> cada 2 años. Si el artículo para la visión cuesta más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Servicios de salud mental</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta	<b>\$5</b> por consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$10</b> por consulta
<b>Centro de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios.	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$160</b> al día, del día 21 al 48</li> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 49 al 100</li> </ul>	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li>• <b>\$160</b> al día, del día 21 al 42</li> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 43 al 100</li> </ul>	<b>Por período de beneficios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0</b> al día, del día 1 al 10</li> <li>• <b>\$20</b> al día, del día 11 al 100</li> </ul>
<b>Fisioterapia*</b>	<b>\$35</b> por consulta	<b>\$20</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta
<b>Ambulancia</b>	<b>\$265</b> por viaje sencillo	<b>\$250</b> por viaje sencillo	<b>\$230</b> por viaje sencillo
<b>Transporte</b>	No está cubierto a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).	No está cubierto a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).	<b>\$0</b> por hasta 30 viajes sencillos para llevarlo con proveedores del plan y de regreso a su casa. Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el número de viajes es combinado (consulte la Opción 2 de Advantage Plus para obtener más información).

<b>Beneficios y primas</b>	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b> Un número limitado de medicamentos de Medicare Parte B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener los detalles y el <b>Directorio de Farmacias</b> para conocer las ubicaciones de farmacias del plan preferidas y estándar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de la salud</li> </ul>	<b>20 %</b> de coseguro	<b>20 %</b> de coseguro	<b>20 %</b> de coseguro
<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>\$10</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>\$10</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>\$8</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>\$40</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li><b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$40</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li><b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$40</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li><b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>

## **Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†**

La cantidad que paga por los medicamentos variará en función de lo siguiente:

- El plan en el que se inscriba (Core, Silver o Gold).
- El nivel en el que se encuentre su medicamento. Existen 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D en [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia al **1-800-476-2167** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- La cantidad de días de suministro que obtenga (como un suministro de 30 días o 90 días).  
Nota: Un suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.



- El tipo de farmacia del plan que surta su receta (farmacia preferida, farmacia estándar o nuestra farmacia de pedidos por correo). Para conocer la ubicación de nuestras farmacias, consulte el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (etapa de cobertura con deducible, inicial, del período de intervalo en la cobertura o para catástrofes).

## **Etapa de deducible**

### Plan Gold

No hay deducible para el plan Gold y usted comienza el año en la etapa de cobertura inicial.

### Planes Core y Silver

Para los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6, no hay deducible y usted comienza el año en la etapa de cobertura inicial.

Existe una etapa de deducible para los medicamentos en los Niveles 4 y 5 y usted debe pagar el costo total de esos medicamentos hasta que haya gastado las siguientes cantidades para su plan:

- **\$95** para los miembros del plan Core
- **\$50** para los miembros del plan Silver

Una vez que haya alcanzado el deducible, pasará a la etapa de cobertura inicial de los medicamentos en los niveles 4 y 5.

## **Etapa de cobertura inicial**

Usted pagará los copagos y el coseguro que se muestran en la siguiente tabla hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los **\$4,130**. (El costo total anual de los medicamentos son los montos que pagan usted y cualquier plan de la Parte D durante un año calendario).

Si usted alcanza el límite de \$4,130 en 2021, pasará a la etapa del período de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Farmacias minoristas del plan (hasta un suministro de 30 días)		Farmacia del plan preferida de pedidos por correo	
	Farmacia preferida	Farmacia estándar	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos) <ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros de los planes <b>Core</b> o <b>Silver</b></li> </ul>	\$2	\$19	\$0 suministro de hasta 90 días	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros del plan <b>Gold</b></li> </ul>	\$0	\$19	\$0 suministro de hasta 90 días	
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos) <ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros de los planes <b>Core</b> o <b>Silver</b></li> </ul>	\$10	\$20	\$0 suministro de hasta 90 días	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros del plan <b>Gold</b></li> </ul>	\$8	\$20	\$0 suministro de hasta 90 días	
<b>Nivel 3</b> (De marca preferidos)	\$40	\$47	\$80	\$100
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferidos) <ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros de los planes <b>Core</b> o <b>Silver</b>**</li> </ul>	\$95	\$100	\$190	\$245
<ul style="list-style-type: none"> <li>Miembros del plan <b>Gold</b></li> </ul>	\$90	\$100	\$180	\$245
<b>Nivel 5</b> (de Especialidad)**	31 % de coseguro			
<b>Nivel 6</b> (Vacunas)	\$0		No corresponde	

\*\*Costo compartido después de haber cubierto el deducible para los miembros de los planes Core y Silver

**Nota:** Cuando obtenga un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los Niveles del 1 al 4 de una farmacia minorista o una farmacia de pedidos por correo estándar del plan, los copagos mencionados anteriormente para un suministro de 30 días para farmacias minoristas del plan se multiplicarán de la siguiente manera:

- Si recibe un suministro de 31 a 60 días, usted paga 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 90 días, usted paga 3 copagos.

Por un suministro de 31 a 90 días de medicamentos del Nivel 5 usted paga el coseguro mencionado anteriormente en la tabla.

## Etapa del período de intervalo en la cobertura

La etapa del período de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gasta **\$4,130** en sus medicamentos en 2021. Durante esta etapa, usted paga un coseguro del **25 %** por sus medicamentos cubiertos de la Parte D (medicamentos genéricos y de marca).

## Etapa de cobertura para catástrofes

Si gasta **\$6,550** en los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D en 2021, usted entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llega a esta etapa, pero si usted sí lo hace, sus copagos y coseguros cambiarán por el resto de 2021. Usted paga lo siguiente por medicamento recetado durante la etapa de cobertura para catástrofes:

- Por medicamentos **genéricos**, pagará un coseguro del **5 %** o un copago de **\$3.70**, lo que sea mayor.
- Por medicamentos **de marca**, pagará un coseguro del **5 %** o un copago de **\$9.20**, lo que sea mayor.

## Atención a largo plazo, infusiones en el hogar del plan y farmacias fuera del plan

- Si vive en un **centro de atención de largo plazo** y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Los medicamentos de la Parte D cubiertos para **infusiones en el hogar** de una farmacia de infusiones en el hogar del plan se proporcionan sin cargo.
- Si recibe medicamentos cubiertos de la Parte D de una **farmacia fuera del plan**, usted paga lo mismo que en una farmacia estándar del plan y puede recibir un suministro de hasta 30 días. Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera del plan únicamente cuando no puede utilizar una farmacia de la red, como en el caso de un desastre. Para obtener más información, consulte la **Evidence of Coverage**.

## Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir uno o dos paquetes de beneficios suplementarios opcionales. Llamamos a los paquetes Opción 1 de Advantage Plus y Opción 2 de Advantage Plus. Los paquetes le ofrecen cobertura adicional por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Para obtener más información, consulte la **Evidence of Coverage**.

Beneficios y primas de la Opción 1 de Advantage Plus	Con nuestro plan <b>Core</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold o Silver</b> , usted paga
Prima mensual adicional	<b>\$35</b>	<b>\$35</b>
Artículos para la visión	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$100 que se describió	Se añade una asignación de \$200 a la asignación de \$200 que se describió

Una asignación adicional de \$200 para comprar artículos para la visión cada 24 meses	anteriormente en “servicios para la vista”. Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de \$300, <b>usted paga la diferencia.</b>	anteriormente en “servicios para la vista”. Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de \$400, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos*</b> Asignación de \$500 para comprar 1 audífono por oído cada 3 años	Si sus audífonos cuestan más de \$500 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si sus audífonos cuestan más de \$500 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Atención dental integral</b> Los servicios cubiertos incluyen empastes, coronas, extracciones, endodoncias, periodoncias y dentaduras postizas. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>50 %</b> de coseguro hasta que el plan haya pagado <b>\$1,000</b> (límite anual de beneficios). Usted paga el 100 % después de haber alcanzado el límite de beneficios.	<b>50 %</b> de coseguro hasta que el plan haya pagado <b>\$1,500</b> (límite anual de beneficios). Advantage Plus agrega \$1,000 adicionales al límite de beneficios descrito en "Servicios dentales" mencionados anteriormente en este folleto. Usted paga el 100 % después de haber alcanzado el límite de beneficios.

<b>Beneficios y primas de la Opción 2 de Advantage Plus</b>	Con nuestro plan <b>Core o Silver</b> , usted paga	Con nuestro plan <b>Gold</b> , usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$14</b>	<b>\$14</b>
<b>Acupuntura</b> 16 consultas por año calendario	<b>\$15</b> por consulta	<b>\$15</b> por consulta
<b>Audífonos*</b> Asignación de \$500 para comprar 1 audífono por oído cada 3 años	Si sus audífonos cuestan más de \$500 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>	Si sus audífonos cuestan más de \$500 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Transporte</b> Cubrimos hasta 20 viajes sencillos por año (limitados a una distancia de ida o vuelta de 50 millas) para llevarlo con un proveedor del plan o de regreso a su casa, cuando los proporciona nuestro proveedor de servicios de transporte.	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>  Este beneficio y el beneficio descrito en la sección de "Transporte" se combinan para brindarle 50 viajes sencillos por año calendario.

## Quién puede inscribirse

Puede inscribirse en uno de nuestros planes si:

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio de estos planes, que incluye los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin y Jefferson.

## Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la **Evidence of Coverage**, en los siguientes casos:

- Los servicios o artículos son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios según los estándares de Original Medicare.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores que aparecen en nuestro **Directorio de Proveedores** y **Directorio de Farmacias**. Pero hay excepciones a esta regla. También cubrimos:
  - La atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente
  - Atención de emergencia
  - La atención de diálisis fuera del área
  - La atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio cuando es por parte de proveedores del plan y, en situaciones inusuales, también cuando es por parte de proveedores fuera del plan)
  - Las referencias a proveedores fuera del plan si recibió la aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito
  - La atención de rutina de un médico de Colorado Permanente Medical Group (CPMG) en un consultorio médico de Kaiser Permanente en nuestras áreas de servicio del Norte o del Sur de Colorado

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguros del plan cuando recibe la atención cubierta que se mencionó anteriormente por parte de proveedores fuera del plan.

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **Evidence of Coverage**.

## Cómo obtener atención médica

En general, usted puede obtener todos los servicios cubiertos que necesite en la mayoría de nuestros centros de atención del plan; esto incluye la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Para conocer las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o el **Directorio de Farmacias** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory), o pídanos que le enviemos una copia por correo

llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias y la red de proveedores podrían 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 atención primaria y le ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas.

La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También debe elegir a uno de nuestros proveedores del plan que esté disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir un médico o cambiar de médico llamando al **1-855-208-7221** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m., o en **kp.org**.

## **Ayuda para el manejo de afecciones**

Si tiene más de una afección de salud actualmente y necesita ayuda para administrar su atención, podemos ayudarle. Nuestros programas de administración de casos reúnen a enfermeros, trabajadores sociales y a su médico personal para ayudarle a administrar sus afecciones. El programa brinda información y le enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pida más información a su médico personal.

## **Avisos**

### **Apelaciones y quejas formales**

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto. Si denegamos la solicitud, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. A esto se le llama apelación. Puede pedir una decisión rápida si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si el médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene una queja que no es sobre la cobertura, puede presentar una queja formal ante nosotros. Para obtener más información, consulte la **Evidence of Coverage**.

### **Servicios de asistencia con el idioma**

**ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-476-2167** (TTY: **711**)。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-476-2167** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-476-2167** (телетайп: **711**).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-476-2167** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-476-2167** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

**Arabic:** لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-476-2167** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

**Amharic:** ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-476-2167** (መስማት ለተሳናቸው: **711**)።

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-476-2167** (ATS : **711**).

**Yoruba:** AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Cushite-Oromo:** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-800-476-2167** (टिटिवाइ: **711**) ।

## **Aviso de no discriminación**

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

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

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si piensa que Kaiser Permanente no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles escribiendo a 2500 South Havana, Aurora, CO 80014 o llamando a Servicio a los Miembros al número que se indicó antes. Puede presentar una queja formal por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, 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, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidence of Coverage** o lea nuestro **Aviso sobre Prácticas de Privacidad** en [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy) para obtener más información.

## Definiciones útiles (glosario)

### Año calendario

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

### Asignación

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

### Autorización previa

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

### Copago

El monto fijo que usted paga por servicios cubiertos, por ejemplo, un copago de \$20 por una visita al consultorio.

### Coseguro

Un porcentaje que 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.

**Deducible**

Es la cantidad que debe pagar por los medicamentos de Medicare Parte D de los Niveles 4 y 5 antes de entrar a la etapa de cobertura inicial para esos medicamentos.

**Evidence of Coverage**

Un documento que explica a detalle sus beneficios del plan y cómo funciona su plan.

**Farmacia estándar**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas con copagos estándar. Estas farmacias normalmente no están ubicadas en los consultorios médicos del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que usted paga en estas farmacias es mayor que lo que paga en las farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales se les llama farmacias preferidas en este documento.

**Farmacia minorista del plan**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan.

**Farmacia preferida**

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas con copagos preferidos. Estas farmacias normalmente 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 menor que lo que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándar, a las cuales se les llama farmacias estándar en este documento.

**Necesario desde el punto de vista médico**

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

**Período de beneficios**

La forma en la que nuestro plan mide su uso de los servicios de los centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención para pacientes hospitalizados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está limitado a un año calendario. No hay límite en el número de períodos de beneficios que puede tener ni en cuánto puede durar un período de beneficios.

**Plan**

Kaiser Permanente Senior Advantage.

**Prima del plan**

La cantidad que paga por su atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Senior Advantage.

**Proveedor del plan**

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

**Proveedor fuera del plan**

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

## **Región**

Una organización de Kaiser Foundation Health Plan Tenemos Regiones de Kaiser Permanente ubicadas en el Norte de California, el Sur de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington y Washington, D.C.

## **Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo**

La cantidad más alta que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza los gastos máximos, no tendrá que pagar ningún copago ni coseguro por los servicios que estén sujetos a los gastos máximos durante el resto del año.

Kaiser Permanente es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) renuevan anualmente este contrato. Por ley, nuestro plan o los CMS pueden decidir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre Original Medicare, consulte su manual **“Medicare y Usted”**. Puede consultarlo en línea, en **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 la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-800-476-2167 (TTY: **711**) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

### **Comprenda los Beneficios**

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios por los que acude rutinariamente al médico. Visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (en inglés) o llame al 1-800-476-2167 (TTY: **711**) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude estén en la red. Si no están en la lista, significa que es probable que tenga que elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es posible que tenga que elegir una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

### **Comprenda las Reglas Importantes**

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Por lo general, se toma la prima de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Es posible que los beneficios, las primas y los copagos o coseguros cambien el 1 de enero de 2020.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a la red (médicos que no están en la lista del directorio de proveedores).

Kaiser Permanente es un plan de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

**[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)**

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado  
2500 South Havana St.  
Aurora, CO 80014

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado. Una organización sin fines de lucro y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).

 **Please recycle.**

 **KAISER PERMANENTE®**