

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

# 2021

# Resumen de Beneficios

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid  
Plan (HMO D-SNP)

Área de servicio Metropolitana de Denver

H0630\_21006DBSP\_M  
PBP14  
513171898



# 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 nuestro plan.

Incluye información sobre:

- Las primas
- Los beneficios y costos
- Los medicamentos recetados de la Parte D
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención médica
- Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

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. 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.

\*\*Si es elegible para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, **usted paga \$0.**

Beneficios y primas	Usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>De \$0 a \$29.80</b> dependiendo del nivel de ayuda que recibe por medio del programa Extra Help
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo</b> Si es elegible para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no es responsable de pagar los servicios de Medicare Parte A y Parte B. No incluye los medicamentos de Medicare Parte D.	<b>\$6,700</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>\$0** o \$225</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>\$0** o \$145</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria*†</b>	<b>\$0** o \$145</b> por consulta
<b>Consultas médicas</b> Proveedor de atención primaria o especialistas	<b>\$0</b>
<b>Atención preventiva</b> Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información.	<b>\$0</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$0** o \$90</b> por visita al Departamento de Emergencias
<b>Servicios requeridos con urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	<b>\$0** o \$2</b> por visita al consultorio
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como un ECG)</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como IRM, TC y TEP)</li> </ul>	<b>\$0** o \$1</b>
<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>• Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	<b>\$0</b>

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (asignación de \$1,200 para comprar 1 aparato por oído cada 3 años)*</li> </ul>	Si sus audífonos cuestan más de \$1,200 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>
<p><b>Servicios dentales</b> Cobertura dental preventiva e integral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal (limitado a dos exámenes bucales por año calendario).</li> <li>Profilaxis (limitado a dos limpiezas por año calendario).</li> <li>Fluoruro tópico (una vez cada 12 meses).</li> <li>Radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses).</li> <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>	<b>\$0</b>
<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>Prueba de detección preventiva del glaucoma</li> <li>Servicios de retinopatía diabética</li> <li>Exámenes rutinarios de los ojos</li> </ul>	<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 cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la visión (asignación de \$200 cada 2 años)</li> </ul>	Si el artículo para la visión cuesta más de \$200, <b>usted paga la diferencia.</b>
<p><b>Servicios de salud mental</b> Terapia grupal e individual ambulatoria</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Centro de enfermería especializada*†</b> Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios.</p>	Por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$0</b> al día, del día 1 al 20</li> <li><b>\$0**</b> o <b>176</b> al día, del día 21 al 59</li> <li><b>\$0</b> al día, del día 60 al 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia*</b></p>	<b>\$0</b>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<b>\$0**</b> o <b>20 %</b>
<p><b>Transporte</b></p>	<b>\$0</b> por hasta 18 viajes sencillos para llevarlo con proveedores del plan y de regreso a su casa.
<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 más información.</p>	<b>\$0**</b> o <b>\$3</b>

## Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D†

La mayoría de las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también reciben Extra Help de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Medicare ofrece el programa Extra Help para pagar los medicamentos de venta con receta a personas con ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a recibir ayuda por medio del programa Extra Help, el deducible y el coseguro que se indican a continuación no se aplican en su caso. Consulte la **Cláusula de la Evidence of Coverage para Quienes Reciben Ayuda por medio del Programa Extra Help para Pagar sus Medicamentos de Venta con Receta**.

Usted puede obtener un suministro de hasta 90 días de una farmacia del plan, incluida nuestra farmacia de pedidos por correo, excepto lo que se indica a continuación:

- Un suministro de más de 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos de su farmacia, puede recibir un suministro de hasta 31 días.
- Si recibe medicamentos cubiertos de la Parte D de una farmacia fuera del plan, 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**.

### Etapa de deducible

Debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya gastado **\$445** en sus medicamentos en 2021. Luego pasa a la etapa de cobertura inicial.

### Etapas de cobertura inicial y de cobertura para catástrofes

Durante la etapa de cobertura inicial, usted pagará un **25 %** de coseguro por sus medicamentos de la Parte D en 2021 a menos que alcance la 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, pagará los siguientes copagos por medicamento de venta con receta durante la etapa de cobertura para catástrofes:

Medicamento	Usted paga
Medicamentos genéricos	5 % de coseguro o <b>\$3.70</b> , lo que sea mayor
Medicamentos de marca	5 % de coseguro o <b>\$9.20</b> , lo que sea mayor

## Quién puede inscribirse

Puede inscribirse a este plan 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).
- Tiene beneficios de Medicaid.
- Es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio de este plan, 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 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 1 condición de salud crónica y necesita ayuda para administrar su atención, nosotros podemos ayudarle. Nuestros programas de administración de casos reúnen a enfermeros, trabajadores sociales y a su médico personal para ayudarle a manejar sus condiciones. 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 ayudarlo. 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 queja 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.

## Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. Para cada uno de los beneficios que se indican a continuación, puede ver lo que cubre Medicaid y lo que cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) al **303-866-3513** o sin costo al **1-800-221-3943** si está fuera del área Metropolitana de Denver. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan</b>
Atención para Pacientes Hospitalizados	<p>\$10 por día cubierto o el 50 % de la tarifa promedio permitida diaria, lo que sea menor. Sin límites.</p> <p>Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.</p>	Por hospitalización, usted paga \$0 o \$225 de copago al día, del día 1 al 5. No paga nada a partir del día 6.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan</b>
Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	\$0 de copago. Sin límites.	\$0 o \$225 de copago al día, del día 1 al 5. Usted no paga nada al día, del día 6 al 90.
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	\$0 de copago. Medicaid cubre días adicionales. Medicare cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.	Por período de beneficios, no paga nada del día 1 al 20. Por período de beneficios, \$0 o \$176 de copago al día, del día 21 al 59. \$0 por el resto de la estadía cubierta.
Atención médica a domicilio	\$0 de copago. Para las necesidades de atención médica a domicilio de cuidados agudos de un miembro que duran menos de 60 días, los miembros pueden obtener todos los servicios necesarios sin autorización previa o aprobación. Los miembros pueden obtener atención médica a domicilio más prolongada si se desarrolla un problema nuevo o si un problema actual empeora. Para las necesidades de atención médica a domicilio a largo plazo del miembro, debe obtener una autorización previa o aprobación. La autorización previa se aprueba para 6 a 12 meses a la vez, pero un cliente puede obtener un número ilimitado de autorizaciones previas.	\$0 de copago.
Cuidados Paliativos	\$0 de copago. No más de 9 meses.	\$0 de copago.
Visitas al Consultorio Médico	\$2 por consulta. Una visita a un proveedor por el mismo problema, por día. Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.	\$0 de copago.
Servicios de Podología	\$2 por consulta. 1 servicio cada 60 días.	\$0 de copago por consulta por servicios cubiertos por Medicare.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan</b>
	Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.	\$0 de copago por hasta 4 consultas de podología de rutina cada año.
Atención de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago. Sin límites.	\$0 de copago.
Atención por Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago. Sin límites.	\$0 de copago.
Cirugía/Servicios para Pacientes Ambulatorios	\$0 por consulta en un Centro de Cirugía Ambulatoria. \$4 por consulta en un Hospital para Pacientes Ambulatorios. Sin límites.  Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.	\$0 o \$145 de copago.
Servicios de Ambulancia	\$0 de copago. Sin límites.	0 % o 20 % de coseguro
Visitas al Departamento de Emergencias	\$0 de copago si se determina que es una emergencia; \$6 por consulta si no es una emergencia. Sin límites.  Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.	\$0 o \$90 de copago.
Atención de Urgencia	\$2 por consulta si no es parte de una sala de emergencias. Sin límites.  Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.	\$0 o \$2 de copago por visita al consultorio del proveedor.
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	\$4 por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios. \$2 por visita al consultorio de un médico.	\$0 de copago.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan</b>
	<p>Sin copago en una clínica de terapia o en una institución de rehabilitación.</p> <p>Se aplican algunos límites diarios y anuales. Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos. Sin límites para niños.</p>	
Equipo Médico Duradero	<p>Es posible que algún equipo médico duradero tenga \$1 de copago al día. Sin límites.</p> <p>\$0 de copago para cualquier persona menor de 19 años; \$0 de copago para mujeres embarazadas.</p>	0 % o 20 % del costo.
Aparatos Protésicos	<p>Es posible que algunos aparatos protésicos tengan un copago de \$1 al día. Sin límites.</p> <p>\$0 de copago para cualquier persona menor de 19 años; \$0 de copago para mujeres embarazadas.</p>	0 % o 20 % del costo.
Pruebas de Diagnóstico, Radiografías, y Servicios de Laboratorio y de Radiología	<p>\$1 por fecha de servicio. Sin límites.</p> <p>Las radiografías dentales no tienen copago.</p> <p>Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.</p>	<p>Servicios de radiología diagnóstica o terapéutica (como IRM y TC, o radioterapia): \$0 o \$1 de copago.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio o radiografías para pacientes ambulatorios: \$0 de copago. (Las radiografías dentales no tienen cobertura).</p>
Exámenes de Detección Colorrectal	<p>Los miembros no tienen que pagar un copago por una colonoscopia de detección, pero tendrán que pagar \$2 de copago por una colonoscopia para diagnóstico o tratamiento. Sin límites.</p> <p>Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.</p>	\$0 de copago.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan</b>
Vacunaciones (no vacunaciones por viajes)	\$0 de copago.	\$0 de copago.
Mamografías	\$0 de copago, 1 examen de detección por año.	\$0 de copago.
Pruebas de Papanicolaou y Exámenes Pélvicos	\$0 de copago, 1 prueba o examen por año.	\$0 de copago.
Exámenes de Detección del Cáncer de Próstata	\$0 de copago, 1 examen por año.	\$0 de copago.
Medicamentos de Venta con Receta	Para los medicamentos de marca o genéricos, los adultos pagan \$3 por receta médica o resurtido de medicamentos. Las mujeres embarazadas y los niños no tienen que realizar copagos por los medicamentos de venta con receta.	Dependiendo del nivel de ayuda que reciba por medio del programa Extra Help, usted paga de \$0 a \$3.70 por medicamentos genéricos y de \$0 a \$9.20 por medicamentos de marca, o el 15 % para medicamentos de Medicare Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial.
Servicios dentales	Copago de \$0 para adultos (personas de 21 años o mayores) hasta un límite de beneficios de \$1,500 por año fiscal estatal, que va del 1 de julio al 30 de junio. Los beneficios de atención de emergencia y de dentaduras postizas no están sujetos a este límite. No existe un límite de beneficios para los servicios para niños (personas menores a 21 años).	Los servicios preventivos (como las limpiezas) y los servicios integrales (como los empastes y las coronas) no están cubiertos.
Audífonos	\$0 de copago. Audífonos: 1 par por cada 3 a 5 años. El beneficio de audiología incluye audífonos para personas menores de 20 años. Cubre los suministros. Se espera que los reemplazos sean cada 3 a 5 años. Los audífonos se pueden reemplazar cuando ya no le	Evaluación o ajuste de audífonos: \$0 de copago. Audífono: Si el audífono que compra cuesta más de \$1,200 por oído, usted paga la diferencia. Ofrecemos la asignación para un audífono por oído cada tres años.

Beneficio	Plan Estatal de Medicaid	Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid Plan
	<p>queden, si los pierde o se los roban, o cuando los audífonos actuales ya no sean apropiados desde el punto de vista médico para el niño. No están incluidos los moldes auriculares para nadar ni los reductores de ruido.</p> <p>Cubre los implantes Cocleares solo para menores de 20 años y se reemplazan cuando la unidad actual está rota o no funciona.</p> <p>Todas las edades: Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde.</p>	
Servicios para la Vista	<p>\$2 por consulta. Sin límite.</p> <p>El beneficio de cuidado de la vista para adultos incluye exámenes de la vista necesarios desde el punto de vista médico, anteojos y lentes de contacto solo después de la cirugía. Los niños menores de 19 años y las mujeres embarazadas no tienen que realizar copagos.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de detección del glaucoma): \$0 de copago</p> <p>Examen rutinario de los ojos: \$0 de copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto: Usted paga cualquier cantidad que supere los \$200 cada dos años.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago hasta el límite de Medicare.</p>
Exámenes físicos preventivos	<p>\$0 de copago.</p> <p>1 examen físico anual por año para adultos.</p>	<p>\$0 de copago.</p>
Transporte	<p>\$0 de copago. El transporte médico que no es de emergencia solo está disponible cuando un miembro no tiene otra forma de transportarse.</p> <p>Traslados a citas médicas.</p>	<p>\$0 por hasta 18 viajes sencillos para llevarlo con proveedores del plan y de regreso a su casa.</p>

Es posible que haya límites y exclusiones para algunos beneficios del Plan Estatal de Medicaid.

## 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 antes de entrar a la etapa de cobertura inicial.

### **Evidence of Coverage**

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

### **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.

### **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.

### **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 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 HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. 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).
- Este plan es un plan con elegibilidad doble para necesidades especiales (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en que se verifique que tenga derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Kaiser Permanente es un plan de HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

**[kp.org/medicare](https://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®**