

1 de enero al 31 de diciembre de 2020

2020

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Plan (HMO)

Este plan incluye cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D

Sobre este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar a Kaiser Permanente Medicare Advantage. Puede utilizar este **Resumen de Beneficios** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de Part D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Quién puede inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención médica

Para conocer las definiciones de algunos de los términos que se utilizan 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. Si desea obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)** en nuestro sitio web kp.org/medicare o pida una copia a Servicios para Miembros llamando al **1-888-777-5536**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).

Este plan incluye cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D. También ofrecemos otros planes, incluso un plan sin cobertura de medicamentos de Part D. Si desea obtener información acerca de nuestros otros planes, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana o visite kp.org/medicare.

¿Tiene alguna pregunta?

- Si usted no es miembro, llame al **1-877-408-8607** (TTY 711).
- Si usted es miembro, por favor llame a Servicio para Miembros al **1-888-777-5536** (TTY 711).
- Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Qué está cubierto y cuánto cuesta

*Es posible que su proveedor del plan deba hacer una remisión

†Es posible que se necesite autorización previa

| Beneficios y primas | Usted paga |
|---|---|
| Prima mensual del plan | \$0 |
| Deducible | Ninguno |
| Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo No incluye los medicamentos de Medicare Part D | \$6,700 |
| Cobertura para pacientes hospitalizados*† No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico. | \$300 al día, del día 1 al 5 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización |
| Cobertura para pacientes ambulatorios*† | \$300 por consulta |
| Centro quirúrgico ambulatorio*† | \$300 por consulta |
| Consultas médicas | |
| • Proveedores de atención primaria | \$15 por consulta |
| • Especialistas*† | \$50 por consulta |
| Atención preventiva*† Consulte la EOC para obtener más información. | \$0 |
| Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar del mundo. | \$90 por consulta en el Departamento de Emergencias |
| Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo. | \$50 por visita al consultorio |
| Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas*† | |
| • Exámenes de laboratorio | \$0 |
| • Pruebas y procedimientos diagnósticos (como ECG) | |
| • Rayos X | \$20 por consulta |
| • Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como RMN, CT y PET) | \$250 por procedimiento |
| Servicios para la audición*† | |
| • Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas Nota: Las ayudas auditivas no están cubiertas a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte Advantage Plus para más información). | \$50 por consulta |

| Beneficios y primas | Usted paga |
|--|---|
| <p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Preventivos <p>Nota: No se cubre otra atención dental preventiva a menos que se inscriba para recibir beneficios opcionales (consulte Advantage Plus para más información).</p> | <p>\$30 por consulta para la mayoría de la atención preventiva (limitado a 2 consultas por año para exámenes orales, limpieza dental, rayos X de aleta mordida y 1 tratamiento con flúor).</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Integrales*† <p>Nota: hay cobertura dental integral adicional disponible (consulte Advantage Plus).</p> | <p>El importe que paga varía en función al servicio; consulte la EOC para obtener más información.</p> |
| <p>Servicios para la vista*†</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo Exámenes rutinarios de la vista | <ul style="list-style-type: none"> \$15 por consulta con un optometrista \$50 por consulta con un oftalmólogo |
| <ul style="list-style-type: none"> Examen de detección preventivo del glaucoma y examen anual de retinopatía diabética | <p>\$0</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata | <p>20 % de coseguro hasta el límite de Medicare y usted paga cualquier importe que supere dicho límite.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Otros artículos para la visión (asignación de \$50 cada año calendario) Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor, cada 24 meses (consulte Advantage Plus para más detalles). | <p>Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$50, usted paga la diferencia.</p> |
| <p>Servicios de salud mental*†</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapia grupal para pacientes ambulatorios | <p>\$10 por consulta</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Terapia individual para pacientes ambulatorios | <p>\$20 por consulta</p> |
| <p>Instalación de enfermería especializada*†</p> <p>Cubrimos hasta 100 días por cada periodo de beneficios.</p> | <p>Por periodo de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 por día para los días 1 al 20. \$167 por día para los días 21 al 100. |
| <p>Fisioterapia*†</p> | <p>\$40 por consulta</p> |
| <p>Ambulancia</p> | <p>\$275 por tramo</p> |
| <p>Transporte</p> <p>Cubrimos hasta 24 viajes de ida por año calendario para que vaya hasta un proveedor de la red y regrese. Consulte la EOC para obtener más información.</p> | <p>\$0</p> |

| Beneficios y primas | Usted paga |
|---|---|
| <p>Medicamentos de Medicare Part B† Un número limitado de medicamentos de Medicare Part B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la EOC para obtener más información y el Directorio de Farmacias para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándar del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica | <p>\$0</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de medicamentos genéricos | <ul style="list-style-type: none"> • \$15 en una farmacia preferida del plan • \$20 en una farmacia estándar del plan |
| <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de hasta 30 días de medicamentos de marca | <ul style="list-style-type: none"> • \$45 en una farmacia preferida del plan • \$47 en una farmacia estándar del plan |

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D†

El importe que paga por los medicamentos variará en función de lo siguiente:

- El nivel en el que se encuentre su medicamento. Hay 6 niveles de medicamentos. Para determinar en cuál de los 6 niveles se encuentra su medicamento, consulte nuestra lista de medicamentos aprobados de Part D en kp.org/seniorrx o llame a Servicios para Miembros para pedir una copia al **1-888-777-5536**, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).
- La cantidad de días de suministro que reciba (como un suministro de 30 días o 90 días). Nota: Un suministro mayor a 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 con entrega a domicilio por correo). Consulte el **Directorio de Farmacias** en kp.org/directory para ver las ubicaciones de nuestras farmacias. Nota: No todos los medicamentos pueden enviarse por correo.
- La etapa de cobertura en la que se encuentre (inicial, periodo de intervalo en la cobertura o etapas de cobertura ante catástrofes).

Etapas 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 **\$4,020**. (El costo total anual de los medicamentos son los importes que paga usted y cualquier plan de Part D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$4,020 en 2020, pasará al periodo de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

| Nivel del medicamento | Usted paga (por un suministro de hasta 30 días) | |
|---|---|--------------------------------------|
| | Farmacia minorista preferida del plan | Farmacia minorista estándar del plan |
| Nivel 1 (Genéricos preferidos) | \$5 | \$10 |
| Nivel 2 (Genéricos) | \$15 | \$20 |
| Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) | \$45 | \$47 |
| Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos) | \$100 | \$100 |
| Nivel 5 (Especializados) | 33% de coseguro | |
| Nivel 6 (Vacunas) | \$0 | |

Si recibe un suministro de 31 a 90 días de medicamentos del nivel 1 de nuestra farmacia preferida de pedido por correo, usted paga **\$0**. Para todas las otras recetas, los copagos indicados anteriormente en la tabla se multiplicarán de la siguiente manera:

- Si recibe un suministro de 31 a 60 días de una de nuestras farmacias minoristas o farmacia estándar de pedido por correo, usted paga 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 90 días de una de nuestras farmacias minoristas o farmacia estándar de pedido por correo, usted paga 3 copagos.
- Si recibe un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los niveles 2, 3 o 4 de nuestra farmacia preferida de pedido por correo, usted paga los dos copagos indicados anteriormente para la farmacia minorista preferida de pedido por correo.

Nota: Para los suministros de 31 a 90 días de medicamentos sujetos a un coseguro, usted paga el coseguro indicado anteriormente en la tabla.

Etapas de periodo de intervalo en la cobertura

La etapa del periodo de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de Part D gasta **\$4,020** en sus medicamentos durante 2020.

Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa del periodo de intervalo en la cobertura:

- Coseguro del **25 %** para medicamentos genéricos o de marca (Niveles 1-5)
- **\$0** para vacunas de Part D (Nivel 6)

Etapas de cobertura para catástrofes

Si gasta **\$6,350** en sus medicamentos recetados de Part D en 2020, usted entrará en la etapa de cobertura para catástrofes. La mayoría de las personas nunca llegan a esta etapa, pero si usted sí lo

hace, sus copagos y coseguro cambiarán para el resto del año 2020. Usted paga lo siguiente por receta durante la etapa de cobertura para catástrofes:

- Coseguro del **5%** para medicamentos genéricos o de marca (Niveles 1-5)
- **\$0** para vacunas de Part D (Nivel 6)

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

- Si vive en un **centro de cuidados a 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 cubiertos de **infusiones en el hogar** de Part D de una farmacia de infusiones en el hogar del plan se brindan sin cargo.
- Si recibe medicamentos cubiertos de Part 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 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 **Evidencia de Cobertura**.

Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios que incluye su plan, usted puede elegir adquirir un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura adicional por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**

| Beneficios y primas de Advantage Plus | Usted paga |
|--|--|
| Prima mensual adicional | \$25 |
| Asignación adicional de artículos para la visión*† Cada 24 meses, se añade una asignación de \$175 a la asignación anual de \$50 que se describe anteriormente en servicios para la vista. | Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de \$225, usted paga la diferencia . |
| Ayudas auditivas*† Asignación de \$1000 para comprar 1 audífono por oído cada 3 años. | Si su ayuda auditiva cuesta más de \$1000 por oído, usted paga la diferencia . |
| Servicios dentales • Preventivos | \$10 por consulta por exámenes orales, 2 limpiezas dentales, 1 tratamiento con flúor y rayos X. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Integrales | <p>Este beneficio suplementa su cobertura dental integral y proporciona cobertura adicional. El importe que paga varía en función al servicio; consulte la EOC para obtener más información.</p> |
|--|---|

Quién puede inscribirse

Puede inscribirse a este plan si:

- Tiene tanto Part A como Part B de Medicare. (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.
- No tiene insuficiencia renal crónica en fase terminal (IRCT), excepto si su IRCT se desarrolló cuando usted ya era miembro de uno de nuestros planes o era miembro de un plan diferente que se canceló.
- Vive en el área de servicio de este plan, que es toda la ciudad de Baltimore y los condados de Baltimore en Maryland.

Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se enumeran en este documento y en la **Evidencia de Cobertura**, si:

- 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:

- Atención de proveedores del plan en otra Región de Kaiser Permanente
- Atención de emergencia
- Atención de diálisis fuera del área
- Atención de urgencia fuera del área (cubierta dentro del área de servicio por proveedores del plan y en situaciones inusuales por proveedores fuera del plan)
- Remisiones a proveedores fuera del plan si recibió aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan por escrito

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro que pagaría por recibir la atención que se menciona anteriormente con proveedores fuera del plan.

Para obtener información sobre las reglas de cobertura, incluso los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Cómo obtener atención médica

Por lo general, usted puede obtener todos los servicios cubiertos que necesite en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, incluida 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 **Directorio de Farmacias** en kp.org/directory, o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicios para Miembros al **1-888-777-5536**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).

La lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso de ser necesario.

Seleccione su médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las remisiones a especialistas y las autorizaciones previas.

La mayoría de los médicos personales son del área de medicina interna o medicina familiar. También debe elegir 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 o cambiar de médico llamando a Servicios para Miembros o en kp.org.

Ayuda para administrar afecciones

Si tiene más de 1 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 autocuidado.

Si está interesado, pida más información a su médico personal.

Avisos

Apelaciones y quejas

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debería estar cubierto. Si rechazamos la solicitud, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. A esto se lo denomina una 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 con nosotros. Para obtener más información, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States es una corporación sin fines de lucro y un plan Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Medicare Advantage. Ofrecemos varios planes Kaiser Permanente Medicare Advantage en el área de servicio de nuestra región Mid-Atlantic States, que incluye el Distrito de Columbia y áreas específicas de Maryland y Virginia.

Cada plan tiene beneficios, copagos, coseguros, primas y áreas de servicio diferentes. Pero usted puede recibir atención de los proveedores del plan en cualquier lugar en nuestra región Mid-Atlantic States.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra región Mid-Atlantic States, deberá inscribirse en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage en su área de servicio nueva.

Servicios de asistencia lingüística

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-777-5536**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (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。**1-888-777-5536** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-777-5536** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነየትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ **1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 1-888-777-5536 تماس بگیرید

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: -711) 1-888-777-5536

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-777-5536 (TTY: 711).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-777-5536 (ATS : 711).

Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-777-5536 (TTY: 711).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-777-5536 (TTY: 711).

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-777-5536 (TTY: 711).

Bengali

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-777-5536 (TTY: 711)।

Urdu

خُردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-888-777-5536 (TTY: 711).

French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-777-5536 (TTY: 711).

Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-777-5536 (TTY: 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, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Además:

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

Si necesita estos servicios, llame a Servicios a los Miembros al **1-888-777-5536** (línea 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 que lo discriminaron de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con nuestro coordinador de derechos civiles escribiendo a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o llamando a Servicio a los Miembros al número que se mencionó anteriormente. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, 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 (Civil Rights Office) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por 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 (línea TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte su **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** en kp.org para obtener más información.

Definiciones útiles (glosario)

Año calendario

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

Área de servicio

El área geográfica en la que ofrecemos planes Kaiser Permanente Medicare Advantage. Para inscribirse y seguir siendo un miembro de nuestro plan, usted debe vivir en una de nuestras áreas de servicio del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Asignación

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

Autorización previa

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

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.

Copago

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

Evidencia de Cobertura

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

Farmacia estándar

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas con copagos estándar. Por lo general, estas farmacias no están ubicadas en las oficinas médicas del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para ver las ubicaciones). El importe que usted paga en estas farmacias es mayor al que paga en otras farmacias del plan que solo ofrecen copagos preferidos, las que se denominan "farmacias preferidas" en este documento.

Farmacia minorista del plan

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas. Por lo general, estas farmacias están ubicadas en las oficinas médicas del plan.

Farmacia preferida

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas con copagos preferidos. Por lo general, estas farmacias están ubicadas en las oficinas médicas del plan (consulte el **Directorio de Farmacias** para ver las ubicaciones). El importe que usted paga en estas farmacias es menor al que paga en otras farmacias del plan que solo ofrecen copagos estándar, las que se denominan "farmacias estándar" en este documento.

Necesario desde el punto de vista médico

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

Periodo de beneficios

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

Plan

Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Prima del plan

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

Proveedor del plan

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

Proveedor fuera del plan

Un proveedor o centro 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

El importe más alto que pagará en copagos o coseguro 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 (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, nuestro plan o CMS puede elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para información sobre el plan Original Medicare, consulte su folleto "**Medicare y usted**". Puede consultarlo en línea en **medicare.gov** o pedir una copia por teléfono 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**.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar al **1-888-777-5536** (TTY **711**) y hablar con un representante de atención al cliente los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Información sobre los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que encontrará en la *Evidencia de Cobertura* (EOC), y preste especial atención a los servicios para los que acude al médico con frecuencia. Visite kp.org/medicare o llame al **1-888-777-5536** (TTY **711**), para obtener una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que está viendo están en la red. Si no figuran, probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para surtir sus medicamentos recetados está en la red. Si la farmacia no figura, probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.

Información sobre reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B. Por lo general, esta prima se debita de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, primas, copago y/o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores que estén fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).

En el Distrito de Columbia, Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. En Maryland y Virginia, Kaiser Permanente es un plan HMO y un plan Cost que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.



H2150_H2172_18_53_SP_C

61168308_2020

kp.org/medicare

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 organización sin fines de lucro y una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO).

 **Por favor, recicle.**

 **KAISER PERMANENTE®**