

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2018

2018

Resumen de

Beneficios

Kaiser Permanente Senior Advantage Greater Fresno Area
Basic Plan (HMO) y Kaiser Permanente Senior Advantage Greater
Fresno Area Enhanced Plan (HMO)

Sobre 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; este incluye información sobre:

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus)
- Quién puede inscribirse
- Reglas de cobertura (incluidas las remisiones y autorizaciones previas)
- 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 2 planes de Kaiser Permanente Senior Advantage. No incluye todo lo que está o no cubierto ni todas las reglas del plan. Para conocer los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (EOC)**, que le enviaremos después de que se inscriba. Si desea consultarla antes de inscribirse, puede visitar el sitio kp.org/medicare o pedir una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).

¿Tiene alguna pregunta?

- Si usted no es miembro, por favor llame al **1-800-777-1238** (TTY **711**).
- Si usted es miembro, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**).
- Los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Con nuestro Basic plan, usted paga	Con nuestro Enhanced plan, usted paga
Prima mensual del plan	\$20	\$80
Deducible	Ninguno	Ninguno
Su responsabilidad de gastos máximos de bolsillo No incluye los medicamentos de Medicare Parte D	\$5,900	\$3,400
Cobertura para pacientes hospitalizados No hay un límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.	\$280 al día, del día 1 al 7 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización	\$225 al día, del día 1 al 7 de su hospitalización y \$0 durante el resto de su hospitalización
Cobertura para pacientes ambulatorios	\$250 por cirugía	\$200 por cirugía
Consultas médicas Proveedores de atención primaria y especialistas	\$35 por consulta	\$25 por consulta
Atención preventiva Consulte la EOC para obtener más información.	\$0	\$0
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$75 por consulta en el Departamento de Emergencias	\$75 por consulta en el Departamento de Emergencias
Servicios requeridos con urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier parte del mundo.	\$35 por consulta	\$25 por consulta
Servicios de diagnóstico, de laboratorio e imágenes diagnósticas <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de laboratorio • pruebas y procedimientos diagnósticos (como ECG) 	\$35 por encuentro	\$25 por encuentro
<ul style="list-style-type: none"> • radiografías 	\$50 por encuentro	\$40 por encuentro
<ul style="list-style-type: none"> • otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como RMN, CT y PET) 	\$165 por procedimiento (\$50 para ultrasonidos)	\$105 por procedimiento (\$40 para ultrasonidos)
Servicios para la audición <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio • prueba de audición de rutina (Los aparatos auditivos no están cubiertos a menos que se inscriba a Advantage Plus.)	\$35 por consulta	\$25 por consulta

Beneficios y primas	Con nuestro Basic plan, usted paga	Con nuestro Enhanced plan, usted paga
Servicios dentales Cobertura dental preventiva e integral	No están cubiertos a menos que se inscriba a Advantage Plus	No están cubiertos a menos que se inscriba a Advantage Plus
Servicios para la vista <ul style="list-style-type: none"> consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo exámenes rutinarios de la vista 	\$35 por consulta	\$25 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> examen de detección preventivo del glaucoma 	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata 	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere dicho límite.
<ul style="list-style-type: none"> otros artículos para la visión (asignación de \$40 cada 24 meses) 	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$40, usted paga la diferencia.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$40, usted paga la diferencia.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$17 por consulta	\$12 por consulta
<ul style="list-style-type: none"> terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$35 por consulta	\$25 por consulta
Instalación de enfermería especializada Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios.	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> \$0 por día para los días 1 al 20 \$50 por día para los días 21 al 100 	Por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> \$0 por día para los días 1 al 20 \$50 por día para los días 21 al 100
Fisioterapia	\$35 por consulta	\$25 por consulta
Ambulancia	\$200 por traslado sencillo	\$200 por traslado sencillo
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B Un número limitado de medicamentos de Medicare Parte B está cubierto cuando los obtiene de un proveedor del plan. Consulte la EOC para obtener más información. <ul style="list-style-type: none"> medicamentos que deben ser administrados por un profesional de atención médica 	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> suministro de hasta 30 días de una farmacia del plan 	<ul style="list-style-type: none"> \$15 por medicamentos genéricos \$45 por medicamentos de marca 	<ul style="list-style-type: none"> \$15 por medicamentos genéricos \$45 por medicamentos de marca

Cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare Parte D

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

- El nivel en el que se encuentre su medicamento. 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 o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia al **1-800-443-0815**, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY **711**).
- La cantidad del medicamento (como un suministro de 30 días o 100 días). Nota: El suministro de 100 días no está disponible para todos los medicamentos.
- Cuando reciba un suministro de 100 días, ya sea que surta su receta en una de nuestras farmacias minoristas del plan o en nuestra farmacia para pedido por correo. 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).

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 **\$3,750**. (El costo total anual de los medicamentos son los montos que paga usted y cualquier plan de la Parte D durante un año calendario). Si alcanza el límite de \$3,750, pasará al periodo de intervalo en la cobertura y su cobertura cambiará.

Nivel del medicamento	Con nuestro Basic or Enhanced plan, usted paga
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$5 (suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 (Genéricos)	\$15 (suministro de hasta 30 días)
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$45 (suministro de hasta 30 días)
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$100 (suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% de coseguro
Nivel 6 (Vacunas)	\$0

Cuando reciba un suministro de 31 a 100 días, pagará lo siguiente para los medicamentos de los Niveles 1 al 4:

- Si recibe un suministro de 31 a 60 días de una farmacia del plan (minorista o de pedido por correo), usted paga 2 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 100 días de una de nuestras farmacias minoristas, usted paga 3 copagos.
- Si recibe un suministro de 61 a 100 días de una de nuestras farmacias de pedido por correo, usted paga 2 copagos.

Etapas del periodo de intervalo en la cobertura y de la cobertura ante catástrofes

La etapa del periodo de intervalo en la cobertura comienza si usted o un plan de la Parte D gasta **\$3,750** en sus medicamentos durante 2018. Usted paga los siguientes copagos y coseguros durante la etapa del periodo de intervalo en la cobertura:

Nivel del medicamento	Con nuestro Basic o Enhanced plan, usted paga
Niveles 1, 2 y 6	Lo mismo que en la etapa de cobertura inicial, o un coseguro del 44% , lo que sea menor
Niveles 3, 4 y 5	Coseguro del 35% y una parte de la tarifa por prescripción

Si gasta **\$5,000** en los costos de sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D en 2018, usted entrará en la etapa de cobertura ante 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. Para determinar qué podría pagar durante esta etapa, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Atención a largo plazo y farmacias fuera del plan

Si vive en un centro de atención a largo plazo y recibe sus medicamentos de su farmacia, usted paga lo mismo que en una farmacia del plan y puede recibir un suministro de hasta 31 días. Si recibe cobertura de medicamentos de la Parte D de una farmacia fuera del plan, usted paga lo mismo que en una farmacia 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	Con nuestro Basic o Enhanced plan, usted paga
Prima mensual adicional	\$20
Asignación adicional de artículos para la visión Cada 24 meses, se añade una asignación de \$240 a la asignación de \$40 que se describe anteriormente en servicios para la vista.	Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación combinada de \$280, usted paga la diferencia .
Beneficio de acondicionamiento físico Programas de acondicionamiento físico de Silver&Fit®, incluida una membresía básica para los centros	\$0

Beneficios y primas de Advantage Plus	Con nuestro Basic o Enhanced plan, usted paga
Audífonos Asignación de \$350 para comprar 1 aparato por oído cada 3 años	Si sus audífonos cuestan más de \$350 por oído, usted paga la diferencia.
Atención dental Programa DeltaCare® USA Dental HMO	Varía en función del servicio dental. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.

Quién puede inscribirse

Usted puede inscribirse en uno de nuestros planes si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estos 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 estos planes, las cuales incluyen las cuales incluyen **partes de estos condados** únicamente en los siguientes códigos postales.
 - **Condado de Fresno:** 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, and 93888
 - **Condado de Kings:** 93230, 93232, 93242, 93631, and 93656
 - **Condado de Madera:** 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, and 93720
 - **Condado de Mariposa:** 93601, 93623, and 93653
 - **Condado de Tulare:** 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, and 93673

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.

Remisiones

Su proveedor del plan debe hacer una remisión antes de que pueda obtener la mayoría de servicios o artículos. Pero **no** es necesario obtener una remisión para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía administradas por un proveedor del plan
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera de nuestra área de servicio
- Servicios de salud mental proporcionados por un proveedor del plan
- La mayoría de los servicios de atención preventiva
- Servicios de optometría proporcionados por un proveedor del plan
- Atención médica de rutina para mujeres proporcionada por un proveedor del plan
- Segundas opiniones de otro proveedor del plan, excepto en algunos casos de atención especializada
- Servicios requeridos con urgencia por parte de proveedores del plan
- Servicios requeridos con urgencia por parte de proveedores fuera del plan cuando los proveedores del plan no estén disponibles o no se tenga acceso a ellos temporalmente; por ejemplo, cuando esté temporalmente fuera de nuestra área de servicio

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). Estos son algunos servicios y artículos que requieren autorización previa:

- Equipo médico duradero
- Servicios de ambulancia que no sean de emergencia
- Atención de posestabilización después de recibir atención de emergencia de un proveedor fuera del plan
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Remisiones a proveedores fuera del plan si los servicios no están disponibles por parte de proveedores del plan
- Atención en un centro de enfermería especializada
- Trasplantes

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

Cómo obtener atención médica

Generalmente, usted puede obtener, en la mayoría de nuestros centros de atención del plan, todos los servicios cubiertos que necesite, incluida la atención especializada, el servicio de farmacia y las pruebas de laboratorio. Usted no está limitado a usar un centro o una farmacia del plan en particular, de modo que lo invitamos a usar el centro o la farmacia del plan que le resulte más conveniente. 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 Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY 711).

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea 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 puede elegir a cualquier proveedor 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 Servicio a los Miembros o en **kp.org/mydoctor/connect**.

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 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.

Notificaciones

Apelaciones y quejas

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto. Si negamos la solicitud, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. A esto se le llama 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, Inc., Región del Norte de California, es una corporación sin fines de lucro y un plan de Medicare Advantage llamado Kaiser Permanente Senior Advantage. Ofrecemos varios planes Senior Advantage en nuestra área de servicio de la Región del Norte de California, sobre los que puede obtener información en la **Evidencia de Cobertura**.

Cada plan tiene distintos beneficios, copagos, coseguro, primas y áreas de servicio del plan. Pero puede obtener atención por parte de los proveedores del plan en cualquier parte de nuestra Región del Norte de California.

Si se muda del área de servicio de su plan a otra área de servicio en nuestra Región del Norte de California, tendrá que inscribirse en un plan Senior Advantage en su nueva área de servicio.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por 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, discapacidad o sexo. Además, nosotros:

- 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 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 **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana.

Si considera que Kaiser Permanente no le ha proporcionado estos servicios o lo discriminaron de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro Coordinador de Derechos Civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. 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 informal en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Privacidad

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

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de 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.

La información de beneficios proporcionada es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Comuníquese al plan para obtener más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro cambien el 1.º de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B. Si recibe Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare Parte D, las primas y el costo compartido variarán en función del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese al plan para obtener más detalles.

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al: **711**).

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos del plan Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**” vigente. También 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 a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Definiciones útiles (glosario)

Asignación

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

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.

Año calendario

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

Coseguro

Un porcentaje que paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios o medicamentos de venta con receta médica. 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.

Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo

La cantidad más alta 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.

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.

Proveedor fuera del plan

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

Plan

Kaiser Permanente Senior Advantage.

Prima del plan

La cantidad que paga por su atención médica y la cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Senior 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.

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.

Farmacia minorista del plan

Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas. Estas farmacias normalmente están ubicadas en las oficinas médicas del plan.

Área de servicio

El área geográfica donde ofrecemos planes Senior Advantage. Para inscribirse y seguir siendo miembro de nuestro plan, debe vivir en una de nuestras áreas de servicio del plan Senior Advantage.

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (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 **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-0815 (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) **711**):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (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。**1-800-443-0815** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-800-443-0815 (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - **5180-344-008-1** (رقم هاتف الصم والبكم: **117**).

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Región del Norte de California. Una organización sin fines de lucro y una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO).

 Please recycle.

 KAISER PERMANENTE®