

Del 1 de enero al  
31 de diciembre de 2024

**2024**

# **Resumen de Beneficios**

---

Kaiser Permanente Medicare Advantage Liberty Plan (HMO)

*Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.*

H2172\_23\_96SP\_M  
PBP #: 005  
2023AR1294







## Acerca de este Resumen de Beneficios

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

- Primas
- Beneficios y costos
- Beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus)
- Beneficios adicionales
- Descuentos para miembros en productos y servicios
- Quiénes pueden inscribirse
- Reglas de la cobertura
- Cómo obtener atención

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

### Para obtener más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está o no está cubierto, ni todas las reglas del plan. Para obtener más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)**, que se encuentra en nuestro sitio web en [kp.org/eocmasma](http://kp.org/eocmasma) (haga clic en “Español”) o solicite una copia a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Ofrecemos otros planes que sí la incluyen. Para obtener información sobre otros planes, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., o ingrese en [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (haga clic en “Español”).

### ¿Tiene preguntas?

- Si no es miembro de Kaiser Permanente, llame al **1-877-408-8607** (TTY **711**).
- Si es miembro de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**).
- Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.



## Qué está cubierto y cuánto cuesta

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

† Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas	Usted paga
<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b>
<b>Deducible</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> Incluyen los copagos y otros gastos por servicios médicos durante el año.	<b>\$6,900</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados*†</b> No hay límites para la cantidad de días de hospitalización médicamente necesarios.	<b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización y <b>\$0</b> por el resto de la estancia
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*†</b>	De <b>\$0</b> a <b>\$200</b> por consulta
<b>Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)*†</b>	<b>\$200</b> por consulta
<b>Consultas con el médico</b> • Proveedores de atención primaria	<b>\$15</b> por consulta
• Especialistas*†	<b>\$40</b> por consulta
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal*†</li> <li>• Pruebas de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</li> <li>• Mediciones de masa ósea (densidad ósea)*†</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular*†</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario, colonoscopias, pruebas de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopias flexibles y pruebas de ADN en heces multiobjetivo)*†</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de glaucoma</li> <li>• Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB)</li> <li>• Pruebas de detección de hepatitis C</li> <li>• Pruebas de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (prueba de detección)</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Consulte la <b>EOC</b> para conocer la frecuencia de los servicios cubiertos.</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Servicios de terapia nutricional*†</li> <li>• Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19, la gripe, la hepatitis B y el neumococo, entre otras</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco</li> <li>• Consulta anual de “Bienestar”</li> </ul>	
<p><b>Atención de emergencia</b> Brindamos cobertura de atención de emergencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$100</b> por consulta en el Departamento de Emergencias</p>
<p><b>Servicios requeridos con urgencia</b> Brindamos cobertura de atención de urgencia en cualquier parte del mundo.</p>	<p><b>\$40</b> por visita al consultorio</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes diagnósticas*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (como ECG)</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonidos</li> </ul>	<p><b>\$10</b> por procedimiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros procedimientos de imágenes diagnósticas (como imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones)</li> </ul>	<p><b>\$150</b> por procedimiento</p>
<p><b>Servicios para la audición*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas</li> </ul>	<p><b>\$40</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de ajuste o evaluación de audífonos</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (asignación por oído cada tres años). Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</li> </ul>	<p><b>Asignación de \$1,000</b> Si el audífono cuesta más de \$1,000, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental preventiva</li> </ul>	<p><b>\$0</b> para la mayoría de los servicios de atención preventiva (se limita a 2 consultas al año para exámenes bucales y limpiezas dentales, 1 tratamiento con fluoruro por año, una radiografía de serie intraoral cada tres años y 1 radiografía de mordida por año).</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental integral*†</li> </ul> <p>Consulte la <b>EOC</b> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</p> <p>Importante: Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, el límite es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$500 (límite anual de beneficios)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.</p>
<p><b>Servicios para la vista*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>Exámenes rutinarios de la vista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$15</b> por consulta con un optometrista</li> <li><b>\$40</b> por consulta con un oftalmólogo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección preventiva de glaucoma y servicios de retinopatía diabética</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> </ul>	<p>Coseguro del <b>20 %</b> hasta alcanzar el límite de Medicare y usted paga los montos que superen dicho límite.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros artículos para la vista (asignación cada dos años).</li> </ul> <p>Si se inscribe para recibir beneficios opcionales, la asignación es mayor (consulte Advantage Plus para obtener más detalles).</p>	<p>Si los artículos para la vista que necesita cuestan más de \$200, <b>usted paga la diferencia</b>.</p>
<p><b>Servicios de salud mental†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental para pacientes hospitalizados*</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 de hospitalización (\$0 por el resto de la estancia).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$10</b> por consulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$20</b> por consulta</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada*†</b></p> <p>Brindamos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios.</p>	<p><b>Por periodo de beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$0</b> por día, del día 1 al 20</li> <li><b>\$203</b> por día, del día 21 al 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia*†</b></p>	<p><b>\$40</b> por consulta</p>
<p><b>Ambulancia†</b></p>	<p><b>\$250</b> por viaje de ida o vuelta</p>
<p><b>Transporte</b></p> <p>Brindamos cobertura hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario hacia o desde las instalaciones del proveedor de la red.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B†</b></p> <p>Brindamos cobertura para medicamentos de Medicare Parte B cuando los compra a un proveedor del plan. Consulte la <b>EOC</b> para obtener más detalles y el <b>Directorio de Farmacias</b> para conocer las ubicaciones de las farmacias preferidas y estándares del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos que deben ser administrados por un profesional del cuidado de la salud</li> </ul>	<p>De <b>\$0</b> al <b>20 %</b> de coseguro según el medicamento. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>



Beneficios y primas	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro de hasta 30 días de un medicamento genérico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$15</b> en una farmacia preferida del plan</li> <li><b>\$20</b> en una farmacia estándar del plan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro de hasta 30 días de un medicamento de marca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$45</b> en una farmacia preferida del plan, excepto que usted pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.</li> <li><b>\$47</b> en una farmacia estándar del plan, excepto que usted pague \$35 por medicamentos de insulina de Parte B suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero.</li> </ul>

## Advantage Plus (beneficios opcionales)

Además de los beneficios incluidos en su plan, puede elegir comprar un paquete de beneficios adicionales llamado Advantage Plus. Advantage Plus le ofrece cobertura extra por un costo mensual adicional que se agrega a su prima mensual del plan.. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles.

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

† Es posible que se requiera autorización previa.

Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus	Usted paga
<b>Prima mensual adicional</b>	<b>\$18</b>
<b>Asignación adicional de artículos para la vista*†</b> Cada 24 meses, se agregan \$175 a la asignación de artículos para la vista que se describe anteriormente en “Servicios para la vista”.	Si los artículos para la vista que necesita cuestan más que la asignación combinada de \$375, <b>usted paga la diferencia.</b>
<b>Audífonos*†</b> Cada 3 años, se agregan \$1,000 a la asignación de audífonos descrita anteriormente en “Servicios de audición” para la compra de 1 audífono por oído.	Si sus audífonos cuestan más que la asignación combinada de \$2,000 por oído, <b>usted paga la diferencia.</b>

<b>Beneficios y primas de la opción 1 de Advantage Plus</b>	<b>Usted paga</b>
<p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite de beneficio anual de \$500 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</li> <li>• Consulte la <i>EOC</i> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,000 (límite del beneficio anual combinado)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año.</p>

<b>Beneficios y primas de la opción 2 de Advantage Plus</b>	<b>Usted paga</b>
<p><b>Prima mensual adicional</b></p>	<p><b>\$23</b></p>
<p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año, se agrega un límite de beneficio anual de \$1,000 a la asignación dental integral descrita anteriormente en “Servicios dentales”.</li> <li>• Consulte la <i>EOC</i> para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</li> </ul>	<p><b>Coseguro del 50 %</b> para la atención dental integral hasta que el plan haya pagado <b>\$1,500 (límite del beneficio anual combinado)</b>. Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,500 para la atención dental integral, usted pagará el 100 % durante el resto del año. Si se inscribe en la opción 1 y la opción 2, se combinan los beneficios y usted tiene un límite de beneficio anual de \$2,000.</p>

## Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles para usted como miembro del plan:	Usted paga
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico: Programa Silver&amp;Fit®</b>            Usted no paga ningún costo adicional por una membresía estándar en cualquiera de los centros de acondicionamiento físico participantes en el programa Silver&amp;Fit. También puede elegir uno de los kits de acondicionamiento físico en el hogar de los kits que hay disponibles para ayudarlo a mantenerse en forma desde su casa.</p> <p>El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit es una marca comercial de ASH registrada a nivel federal que se usa aquí con autorización. Los gimnasios y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Artículos de venta libre (<i>over-the-counter</i>, OTC)</b>            Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$20. La parte que no se use del límite del beneficio trimestral no se transferirá al siguiente periodo.</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/mas">kp.org/otc/mas</a> (en inglés). Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar un catálogo impreso por correo al <b>1-833-881-1422 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b> hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de <b>\$30</b>.</p>

## Descuentos para miembros en productos y servicios

Kaiser Permanente se asocia con empresas destacadas para apoyar su salud, seguridad y bienestar, y ofrecerle importantes ahorros y descuentos.

### Lively™ Mobile Plus

Obtenga un sistema personal de respuesta ante emergencias que proporciona ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana con solo pulsar un botón. Reciba una tarifa única reducida por el dispositivo y elija entre dos planes de servicio mensuales (pueden aplicarse límites de cobertura). Visite [greatcall.com/KP](http://greatcall.com/KP) (en inglés) o llame al **1-800-205-6548 (TTY 711)** para obtener más información.

## CareLinx

Kaiser Permanente se ha asociado a CareLinx para brindarle un descuento para el pago de ayuda no médica en el hogar con las actividades de la vida diaria. Su cuidador puede ayudarlo a mantener una vida independiente dentro de su propio hogar. Le brindará compañía, apoyo con las tareas domésticas ligeras, la preparación de comidas y más.

Visite [carelinx.com/kaiserpermanente-affinity](https://carelinx.com/kaiserpermanente-affinity) o llame sin costo al **1-855-271-2656** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y los fines de semana de 9 a. m. a 5 p. m.

## Atención y ayuda en el hogar de Comfort Keepers®

Servicios de atención domiciliaria para ayudarlo a mantener la independencia en su casa con todo lo que necesite, atención las 24 horas, servicio de relevo, preparación de comidas y tareas domésticas ligeras. Reciba un descuento en todos los servicios y obtenga una evaluación gratuita sobre la seguridad en su hogar. Visite [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](https://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) (en inglés) o llame al **1-800-611-9689** (TTY 711) para obtener más información.

## Entrega de comidas saludables de Mom's Meals®

Una nutrición adecuada es esencial para conseguir y mantener una buena salud. Envíos a domicilio en todo el país de comidas refrigeradas listas para calentar y comer. Las comidas, elaboradas por chefs y dietistas registrados, están pensadas desde el punto de vista médico para proporcionar ayuda frente a la mayoría de enfermedades crónicas importantes y al bienestar en general. Los miembros de Kaiser Permanente obtienen precios reducidos y envío gratuito de Mom's Meals. Visite [momsmealsnc.com](https://momsmealsnc.com) o llame al **1-866-224-9483** (TTY 711) para obtener más información.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden continuar utilizando o seleccionando estos productos o servicios de cualquier empresa que prefieran, pero los descuentos de Kaiser Permanente solo están disponibles para el socio mencionado más arriba. Los productos y servicios descritos anteriormente no se ofrecen ni se garantizan según nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier disputa sobre estos productos y servicios podría estar sujeta al proceso de queja formal de Kaiser Permanente Senior Advantage. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY y LINK son marcas comerciales de Best Buy y sus empresas afiliadas. ©2022 Best Buy. Todos los derechos reservados.

## Quiénes pueden inscribirse

Usted puede inscribirse en nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Parte B. (Para obtener y conservar Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son independientes de las primas que paga a nuestro plan).
- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Vive en el área de servicio, que incluye:
  - El distrito de Columbia
  - Estos condados en Maryland: Anne Arundel, ciudad de Baltimore, Baltimore, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George
  - Códigos postales en el condado de Calvert, MD: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736 y 20754
  - Estos códigos postales en el condado de Charles: 20601-04, 20607, 20612-13, 20616-17, 20637, 20640, 20643, 20645-46, 20658, 20675, 20677 y 20695

- Estos códigos postales en el condado de Frederick: 20842, 20871, 21701-05, 21709-10, 21714, 2171618, 21754-55, 21757-59, 21762, 21769-71, 21774-77, 21787, 21790-93
- Estos condados en Virginia: Arlington, Fairfax, Loudoun, Prince William, Spotsylvania y Stafford
- Estas ciudades independientes en Virginia: Alexandria, Falls Church, Fairfax, Fredericksburg, Manassas y Manassas Park

## Reglas de la cobertura

Cubrimos los servicios y artículos que se muestran en este documento y en la

**Evidencia de Cobertura**, si se cumplen las siguientes condiciones:

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

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

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

## Cómo obtener atención

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

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

## **Su médico personal**

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará servicios de atención primaria y lo ayudará a coordinar su atención, incluidas las hospitalizaciones, las referencias a especialistas y las autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales se desempeñan en el área de medicina interna o medicina familiar. Debe elegir a uno de los proveedores del plan disponibles como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Para elegir un médico o cambiarlo, llame a Servicio a los Miembros o ingrese en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

## **Ayuda para controlar condiciones médicas**

Si actualmente tiene más de una condición médica y necesita ayuda para administrar su atención, podemos brindársela. Nuestros programas de administración de casos permiten que enfermeros, trabajadores sociales y su médico personal colaboren para ayudarlo a controlar sus condiciones. El programa brinda información y enseña habilidades de cuidado personal. Si está interesado, pídale más información a su médico personal.

## **Avisos**

### **Apelaciones y quejas formales**

Puede pedirnos que le proporcionemos o paguemos algún artículo o servicio que usted considere que debe ser cubierto presentando un reclamo dentro de un periodo específico que incluye la fecha en que recibió el artículo o servicio. Si le respondemos que no, puede pedirnos que reconsideremos la decisión. Esto se llama “apelación”. Puede pedir una decisión acelerada si considera que la espera podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene una queja que no está relacionada con la cobertura, puede presentarnos una queja formal. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los procesos para presentar quejas, tomar decisiones y hacer apelaciones sobre la cobertura, incluidas las decisiones rápidas o urgentes sobre medicamentos, servicios o atención hospitalaria.

### **Privacidad**

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o lea nuestro **Aviso sobre prácticas de privacidad** en [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy) (haga clic en “Español”) para obtener más información.

## **Definiciones útiles (glosario)**

### **Asignación**

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

### **Periodo de beneficios**

Manera en la que medimos el uso de los servicios de los centros de enfermería especializada. Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF), y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados o atención en un SNF. El periodo de beneficios no está relacionado con el año calendario. La cantidad y la duración de los periodos de beneficios no tienen límite.

### **Año calendario**

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

### **Coseguro**

Porcentaje que usted paga de los cargos totales de nuestro plan por determinados servicios. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20 % para un artículo de \$200, pagará \$40.

### **Copago**

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

### **Evidencia de Cobertura**

Documento que explica detalladamente los beneficios y el funcionamiento de su plan.

### **Gasto máximo de bolsillo**

Lo máximo que pagará en copagos o coseguros cada año calendario por servicios que estén sujetos a los gastos máximos. Si alcanza el máximo, no tendrá que pagar más copagos ni coseguros por los servicios que estén sujetos al gasto máximo durante el resto del año.

### **Medicamento necesario**

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

### **Proveedor que no pertenece al plan**

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

### **Plan**

Kaiser Permanente Medicare Advantage.

### **Prima del plan**

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

### **Proveedor del plan**

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

### **Farmacia preferida**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados de Medicare Parte B con copagos preferidos. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan. El monto que paga en estas farmacias es menor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos estándares, a las cuales nos referimos como “farmacias estándares” en este documento.

### **Autorización previa**

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

### **Región**

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

### **Farmacia de tienda del plan**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos del plan.

### **Farmacia estándar**

Farmacia del plan en la que puede comprar sus medicamentos recetados de Medicare Parte B con copagos estándar. Estas farmacias normalmente no están ubicadas en los consultorios médicos del plan. El monto que paga en estas farmacias es mayor que el que paga en otras farmacias del plan que solamente ofrecen copagos preferidos, a las cuales nos referimos como “farmacias preferidas” en este documento.

Kaiser Permanente es un plan de organización para el mantenimiento de la salud (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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) renuevan este contrato cada año. Por ley, el plan o los CMS pueden elegir no renovar nuestro contrato de Medicare. Para obtener información sobre Original Medicare, consulte el manual “**Medicare y usted**”. Puede consultarlo en línea en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) o pedir una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.









**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)** (haga clic en “Español”)

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States  
2101 East Jefferson Street  
Rockville, MD 20852

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. Una empresa sin fines de lucro y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization, HMO*)