

## Tabla de Resumen de Beneficios para Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D when Medicare is secondary coverage (1 octubre 2024—30 septiembre 2025)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Deducible del Plan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ninguno                                   |
| <b>Servicios Profesionales (visitas al consultorio de un Proveedor del Plan)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Usted Paga</b>                         |
| La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico.....                                                                                                                                                                                                                                        | Sin costo                                 |
| La mayoría de las Visitas al Especialista Médico .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sin costo                                 |
| Visita anual de bienestar y la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sin costo                                 |
| Exámenes físicos de rutina .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sin costo                                 |
| Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan .....                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sin costo                                 |
| Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente .....                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sin costo                                 |
| Terapia física, ocupacional y del habla .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sin costo                                 |
| <b>Consultas de Telesalud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Usted Paga</b>                         |
| Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo .....                                                                                                                                                                                                                                                       | Sin costo                                 |
| Consultas a especialistas médicos por video interactivo .....                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sin costo                                 |
| Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono .....                                                                                                                                                                                                                                                                | Sin costo                                 |
| Consultas a especialistas médicos por teléfono .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sin costo                                 |
| <b>Servicios para Pacientes Ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Usted Paga</b>                         |
| Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios ....                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sin costo                                 |
| La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sin costo                                 |
| La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio.....                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sin costo                                 |
| Manipulación de la columna vertebral .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sin costo                                 |
| <b>Servicios para Pacientes Hospitalizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Usted Paga</b>                         |
| Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....                                                                                                                                                                                                                                                      | Sin costo                                 |
| <b>Servicios de Emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Usted Paga</b>                         |
| Visitas al Departamento de Emergencias.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sin costo                                 |
| Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados). |                                           |
| <b>Servicios de Ambulancia y Transporte</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Usted Paga</b>                         |
| Servicios de ambulancia.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sin costo                                 |
| Otros Servicios de transporte cuando los proporcione nuestro sencillo proveedor de transporte designado como se describe en la EOC . (50 millas por viaje) por año calendario                                                                                                                                                                           | Sin costo por hasta 24 viajes             |
| <b>Cobertura de Medicamentos con Receta Médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Usted Paga</b>                         |
| Se cubre la mayoría para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos .....                                                                                                                                                                                                                                     | Sin costo suministro máximo para 100-días |

| <b>Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) Usted Paga</b>                                                                               |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipo médico duradero para uso en el hogar .....                                                                                                       | Sin costo                                                                                                         |
| <b>Servicios de Salud Mental Usted Paga</b>                                                                                                             |                                                                                                                   |
| Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados .....                                                                                               | Sin costo                                                                                                         |
| Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para<br>pacientes externos .....                                                                  | Sin costo                                                                                                         |
| Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos.....                                                                                         | Sin costo                                                                                                         |
| <b>Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias Usted Paga</b>                                                                                    |                                                                                                                   |
| Desintoxicación como paciente hospitalizado .....                                                                                                       | Sin costo                                                                                                         |
| Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo<br>de sustancias para pacientes externos .....                                           | Sin costo                                                                                                         |
| Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para<br>pacientes externos .....                                                              | Sin costo                                                                                                         |
| <b>Servicios de Atención Médica en el Hogar Usted Paga</b>                                                                                              |                                                                                                                   |
| Atención médica en el hogar.....                                                                                                                        | Sin costo                                                                                                         |
| <b>Otros Servicios Usted Paga</b>                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| Anteojos o lentes de contacto cada 24 meses.....                                                                                                        | Cantidades que superen \$350<br>Asignación                                                                        |
| Aparatos auditivos cada 36 meses.....                                                                                                                   | Cantidades que superen \$2,500<br>Asignación por aparato                                                          |
| Atención en una instalación de enfermería especializada .....                                                                                           | Sin costo                                                                                                         |
| Dispositivos protésicos externos y dispositivos ortopédicos .....                                                                                       | Sin costo                                                                                                         |
| Entrega a domicilio de comidas inmediatamente después de<br>recibir el alta en un hospital de la red o Instalación de<br>Enfermería Especializada ..... | Sin costo hasta tres comidas al día<br>por un periodo de 4 semanas<br>consecutivas, una vez por año<br>calendario |
| Productos de salud y bienestar de venta sin receta obtenidos a<br>través de nuestro catálogo.....                                                       | Sin cargo para un límite trimestral<br>de beneficios de \$70                                                      |

#### **Cobertura de Quiropráctica y Acupuntura (con ASH Plans)**

#### **Usted Paga**

Hasta un total combinado de 30 consultas de Quiropráctica y Acupuntura ... \$10 por visita

Kaiser Permanente contrata con American Specialty Health Plans (ASH) para los servicios de Quiropráctica y Acupuntura. ASH Plans contrata a Proveedores Participantes de ASH y a otros proveedores con licencia para prestar Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura cubiertos. Debe recibir estos servicios de parte de un Proveedor Participante de ASH u otro proveedor con licencia contratado por ASH, excepto para Servicios Quiroprácticos y de Acupuntura de Emergencia o De Urgencia, y aquellos Servicios que no estén disponibles a través de los proveedores contratados con autorización previa de ASH Plans. Para obtener la lista completa de los Proveedores Participantes de ASH, visite el sitio web de ASH Plans en [ashlink.com/ash/kaisercamedicare](http://ashlink.com/ash/kaisercamedicare) (en inglés) para miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage, o llame al Departamento de Servicio al Cliente de ASH Plans al **1-800-678-9133 (TTY 711)**. La lista de Proveedores Participantes de ASH esta sujeta a cambios en cualquier momento y sin previo aviso.

En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Para obtener más información, consulte el folleto de *Resumen de Beneficios* adjunto. Para obtener una explicación completa, consulte el folleto *EOC*.