

Tabla de Resumen de Beneficios para Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D (1 octubre 2024—30 septiembre 2025)

Máximo Desembolsable del Plan

En el caso de Servicios a los que se aplica el máximo, no pagará más Costos Compartidos durante el resto del año calendario si los Copagos y el Coseguro que paga por ellos suman la cantidad siguiente:

Para uno de los Miembros.....\$1,000 por año calendario

Deducible del Plan

Ninguno

Servicios Profesionales (visitas al consultorio de un Proveedor del Plan)

Usted Paga

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la
mayoría de las Visitas al Especialista no Médico..... \$25 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico \$25 por
visita 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 \$25 por visita
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente \$25 por visita
Terapia física, ocupacional y del habla \$25 por visita

Consultas de Telesalud

Usted Paga

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

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios\$25 por procedimiento
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..... \$20 por visita

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de
laboratorio y medicamentos..... \$500 por admisión

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias..... \$50 por visita

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).

Servicios de Ambulancia y Transporte

Usted Paga

Servicios de ambulancia..... \$150 por viaje

Servicios de Ambulancia y Transporte	Usted Paga
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

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica	Usted Paga
Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:	

La mayoría de los artículos genéricos en una Farmacia del Plan .	\$10 suministro máximo para 30-días, \$20 para 31- a 60-días, o \$30 para 61- a 100-días
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos por medio de nuestro servicio de pedidos por correo ..	\$10 suministro máximo para 30-días o \$20 para 31- a 100-días
La mayoría de los artículos de marca en una Farmacia del Plan .	\$25 suministro máximo para 30-días, \$50 para 31- a 60-días, o \$75 para 61- a 100-días
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$25 suministro máximo para 30-días o \$50 para 31- a 100-días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Usted Paga
Equipo médico duradero para uso en el hogar	Coseguro del 20%

Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	\$500 por admisión Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$25 por visita \$12 por visita

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	\$500 por admisión Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos
visita Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$25 por visita \$5 por visita

Servicios de Atención Médica en el Hogar	Usted Paga
Atención médica en el hogar (tiempo parcial, intermitente)	Sin costo

Otros Servicios	Usted Paga
Anteojos o lentes de contacto cada 24 meses	Cantidades que superen \$150 Asignación
Aparatos auditivos cada 36 meses	Cantidades que superen \$500 Asignación por aparato
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Sin costo
Dispositivos protésicos externos y dispositivos ortopédicos	Coseguro del 20%
Entrega a domicilio de comidas inmediatamente después de recibir el alta en un hospital de la red o Instalación de Enfermería un periodo de 4 semanas Especializada	Sin costo hasta tres comidas al día por consecutivas, una vez por año calendario

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 (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*.