Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt (HMO)
Kaiser Permanente Medicare Advantage Value MD (HMO)
Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)
Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)
Vigente del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

2023 Kaiser Permanente

Un Vistazo a sus Beneficios

Tabla de Beneficios Destacados de los Planes de Salud de Medicare

H2172_00034316_MAS2SP_M
PBP 006, 011, 004 y 002

KAISER PERMANENTE®

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte su **Resumen de Beneficios.**

Primas y beneficios	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt/MD (HMO)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)
Descripción	**Usted paga**	**Usted paga**	**Usted paga**
Prima Mensual	**$0**	**$23**	**$141**
Deducible anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Visita al Consultorio Médico	**$10** atención primaria/ **$40** especialista	**$10** atención primaria/ **$35** especialista	**$5** atención primaria/ **$25** especialista
Sala de Emergencias	**$95**	**$95**	**$110**
Atención de Urgencia	**$40**	**$35**	**$25**
Servicios Preventivos[1]	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Hospitalización	**$300** por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización	**$270** por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización	**$190** por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización
Cirugía Ambulatoria	**$300**	**$250**	**$125**
Pruebas de Laboratorio y Radiografías	**$0** por pruebas de laboratorio, **$20** por radiografías	**$0** por pruebas de laboratorio, **$15** por radiografías	**$0** por pruebas de laboratorio, **$10** por radiografías
Imágenes por Resonancia Magnética, TC y TEP	**$190**	**$100**	**$40**
Servicios de Ambulancia Por viaje sencillo	**$275**	**$275**	**$225**
Beneficios de Artículos para la Visión	**$200** de asignación cada dos años para anteojos o lentes de contacto	**$200** de asignación cada dos años para anteojos o lentes de contacto	**$225** de asignación cada dos años para anteojos o lentes de contacto
Transporte que No Es de Emergencia Beneficio para citas médicas que no sean de emergencia	**24** viajes sencillos al año	**24** viajes sencillos al año	**24** viajes sencillos al año
Gastos Máximos de Bolsillo Anuales	**$7,200**	**$6,900**	**$5,700**
Fisioterapia	**$40**	**$35**	**$25**
Dental	**$0** para la mayoría de la atención preventiva que incluye 2 exámenes orales con limpieza y radiografías al año y una asignación anual de **$1,000** con coseguro del **50 %** por servicios dentales integrales		

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte su **Resumen de Beneficios.**

Primas y beneficios

Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt/MD (HMO)

Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)

Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)

Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Etapa de cobertura inicial (para un suministro de hasta 30 días) Cuando el costo anual total de los medicamentos que pagan usted y cualquier plan de la Parte D alcanza los **$4,660,** usted pasa a la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura.	**$5** por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) **$15** por medicamentos genéricos (Nivel 2) **$45** por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) **$100** por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4) **33 %** por medicamentos especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	**$0** por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) **$12** por medicamentos genéricos (Nivel 2) **$45** por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) **$100** por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4) **33 %** por medicamentos especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	**$0** por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) **$12** por medicamentos genéricos (Nivel 2) **$42** por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) **$80** por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4) **33 %** por medicamentos especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)
Etapa del período de intervalo en la cobertura (para un suministro de hasta 30 días) Si sus gastos de bolsillo anuales alcanzan los **$7,400,** usted pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.	Usted paga el **25 %** del costo del plan de los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Usted paga el **25 %** por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	Usted paga el **25 %** del costo del plan de los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Usted paga el **25 %** por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	**$0** por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) **$12** por medicamentos genéricos (Nivel 2) Usted paga el **25 %** por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)
Etapa de Cobertura para Catástrofes Cuando sus gastos de bolsillo anuales superan los **$7,400,** usted paga los siguientes montos por el resto del año calendario.	**5 %** del costo por medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) **5 %** del costo por medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	**5 %** del costo por medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) **5 %** del costo por medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)	**5 %** del costo por medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) **5 %** del costo por medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) **$0** por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)
Nuestra Farmacia con Pedidos por Correo[2] (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).	Copago de **$0** por los medicamentos genéricos (Nivel 1 y 2) para un suministro de 31 a 90 días. Los medicamentos de otros niveles requieren 2 copagos para un suministro de hasta 90 días.	Copago de **$0** por los medicamentos genéricos (Nivel 1 y 2) para un suministro de 31 a 90 días. Los medicamentos de otros niveles requieren 2 copagos para un suministro de hasta 90 días.	Copago de **$0** por los medicamentos genéricos (Nivel 1 y 2) para un suministro de 31 a 90 días. Los medicamentos de otros niveles requieren 2 copagos para un suministro de hasta 90 días.

(Los beneficios continúan en el reverso)

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte su **Resumen de Beneficios.**

Primas y beneficios

	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt/MD (HMO)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO-POS)
Paquete Suplementario Opcional (Advantage Plus)			
Descripción	**Usted paga**	**Usted paga**	**Usted paga**
Prima mensual de Advantage Plus: beneficios adicionales dentales integrales[3], para la audición y para artículos para la visión	**$20** además de su prima mensual del plan	**$20** además de su prima mensual del plan	**$20** además de su prima mensual del plan
Beneficios suplementarios adicionales incluidos en su plan			
Descripción	**Beneficio**	**Beneficio**	**Beneficio**
Beneficios de artículos de venta libre (OTC)[4] Para comprar productos de salud y bienestar	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de **$30**	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de **$50**	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de **$60**
Silver&Fit®[5] Programa de acondicionamiento físico	No está incluido	La membresía de los centros de atención, programas de ejercicio y programas de acondicionamiento físico en el hogar participantes no tiene ningún costo.	
Audífonos	**$1,000** de asignación por oído cada 36 meses a través de los centros de audiología de Kaiser Permanente		
Medicare Explorer por Kaiser Permanente[6]	No está disponible	**$1,200** de asignación anual para cuidados de rutina fuera del área, como visitas al consultorio y pruebas de laboratorio	

1. Copago de $0 por todos los servicios preventivos que cubre Original Medicare con un costo compartido de cero. **2.** Para algunos medicamentos, puede pedir que le envíen por correo los resurtidos de los medicamentos recetados por medio de nuestra farmacia con pedidos por correo de Kaiser Permanente. Los recibirá en un plazo de 3 a 5 días. Si no los recibe, llame al **1-800-733-6345** (TTY **711**), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. **3.** Los beneficios dentales están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. y son administrados por Dominion National. **4.** Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles. Es posible que los beneficios para artículos OTC cambien anualmente el 1 de enero. Cada pedido debe ser de al menos $20. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasará al siguiente trimestre. Su pedido no puede exceder su límite trimestral del beneficio. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. No se aceptan cheques, tarjetas de crédito, giros postales ni dinero en efectivo. **5.** Silver&Fit® es una marca registrada a nivel federal de American Specialty Health, Inc. **6.** Los miembros son responsables de cualquier monto cobrado por los servicios cubiertos que excedan el máximo de asignación anual de $1,200. La cobertura está limitada dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para conocer los detalles consulte su Evidencia de Cobertura.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO y de un POS de una HMO con contrato con Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Tiene que vivir en el área de servicio del plan de salud de Kaiser Permanente Medicare donde se inscriba.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
2101 E. Jefferson St.
Rockville, MD 20852
kp.org/medicare (haga clic en "Español")