

Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO-POS)
Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO-POS)
Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (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



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

Primas y beneficios	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (HMO-POS)
	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Prima Mensual	\$0	\$17	\$30
Deducible anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Visita al Consultorio Médico	\$5 atención primaria/ \$35 especialista	\$0 atención primaria/ \$35 especialista	\$10 atención primaria/ \$40 especialista
Sala de Emergencias	\$95	\$110	\$95
Atención de Urgencia	\$35	\$35	\$40
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	\$200 por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización	\$250 por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización
Cirugía ambulatoria	\$275	\$175	\$225
Pruebas de laboratorio y radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, \$20 por radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, \$10 por radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, \$15 por radiografías
Imágenes por Resonancia Magnética, TC y TEP	\$140	\$65	\$100
Servicios de Ambulancia Por viaje sencillo	\$275	\$225	\$225
Beneficios de Artículos para la Visión	\$200 de asignación cada dos años para anteojos o lentes de contacto	\$250 de asignación cada dos años para anteojos o lentes de contacto	\$250 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	\$6,500	\$5,900	\$6,500
Fisioterapia	\$35	\$35	\$40
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		
Fuera de la red ²	No están disponibles	No están disponibles	\$1,500 de asignación anual para atención fuera de la red, como visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, radiografías, fisioterapia, atención médica del comportamiento para pacientes ambulatorios y más, sin necesidad de una referencia.

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

Primas y beneficios

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Value VA (HMO-POS)**

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Standard VA
(HMO-POS)**

**Kaiser Permanente
Medicare Advantage
Care Plus VA
(HMO-POS)**

Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
<p>Etapas de cobertura inicial (para un suministro de hasta 30 días)</p> <p>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.</p>	<p>\$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)</p>	<p>\$0 por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) \$10 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)</p>	<p>\$3 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)</p>
<p>Etapas del período de intervalo en la cobertura (para un suministro de hasta 30 días)</p> <p>Si sus gastos de bolsillo anuales alcanzan los \$7,400, usted pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>	<p>Usted paga 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Usted paga 25 % para los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5) \$0 por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>
<p>Etapas 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.</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>
<p>Nuestra Farmacia con Pedidos por Correo³ (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>

(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 VA (HMO-POS)

Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO-POS)

Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (HMO-POS)

Paquete Suplementario Opcional (Advantage Plus)

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Prima mensual de Advantage Plus: beneficios adicionales dentales integrales ⁴ , 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)⁵ Para comprar productos de salud y bienestar	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de \$50	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de \$60	Sin cargo hasta una cobertura trimestral de \$50
Silver&Fit⁶ Programa de acondicionamiento físico	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 Permanente²	\$1,200 de asignación anual para cuidados de rutina fuera del área, como visitas al consultorio y pruebas de laboratorio	No están disponibles	

1. Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare con un costo compartido de cero. 2. Los miembros de Kaiser Permanente son responsables de los costos por servicios cubiertos en los que incurran que superen la asignación anual máxima de \$1,500 fuera de la red o \$1,200 para Medicare Explorer. La cobertura está limitada dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener los detalles. 3. Para ciertos medicamentos, usted puede pedir que le envíen por correo los resurtidos de los medicamentos recetados por medio de nuestro servicio de farmacia de 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. 4. Los beneficios dentales están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. y son administrados por Dominion National. 5. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener los 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. 6. Silver&Fit⁶ es una marca registrada a nivel federal de American Specialty Health, Inc.

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")