

Un Vistazo a sus Beneficios para el 2024

Tabla de Beneficios Destacados de los Planes de Salud de Medicare

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	\$27	\$136
Visita al consultorio médico	\$10 atención primaria/ \$40 especialista (\$0 para consultas virtuales ¹)	\$5 atención primaria/ \$35 especialista (\$0 para consultas virtuales ¹)	\$10 atención primaria/ \$35 especialista (\$0 para consultas virtuales ¹)
Servicios preventivos²	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de urgencia/emergencia	\$40 urgencia/ \$100 emergencia	\$35 urgencia/ \$100 emergencia	\$35 urgencia/ \$120 emergencia
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
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	\$250 por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	\$300	\$250	\$125

Para conocer más beneficios, visite kp.org/medichart (en inglés) e ingrese su código postal.

(Los beneficios continúan en el reverso)

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 de Venta con Receta Médica de la Parte D³

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 \$5,030, usted pasa al Período de Intervalo en la Cobertura.</p>	<p>\$5 genérico preferido (Nivel 1) \$15 genérico (Nivel 2) \$45 medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) \$100 medicamentos no preferidos (Nivel 4) 33 % medicamentos especiales (Nivel 5) \$0 vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p>\$0 genérico preferido (Nivel 1) \$12 genérico (Nivel 2) \$45 medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) \$100 medicamentos no preferidos (Nivel 4) 33 % medicamentos especiales (Nivel 5) \$0 vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p>\$0 genérico preferido (Nivel 1) \$12 genérico (Nivel 2) \$42 medicamentos de marca preferidos (Nivel 3) \$80 medicamentos no preferidos (Nivel 4) 33 % medicamentos especiales (Nivel 5) \$0 vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>
<p>Nuestra farmacia de pedidos por correo⁴ (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).</p>	<p>Copago de \$0 para un suministro de hasta 90 días para los medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días</p>	<p>Copago de \$0 para un suministro de hasta 90 días para los medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días</p>	<p>Copago de \$0 para un suministro de hasta 90 días para los medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días</p>

Para obtener más información sobre **Cobertura de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D**, consulte su **Resumen de beneficios (Summary of Benefits)**.

Para conocer más beneficios, visite kp.org/medichart (en inglés) e ingrese su código postal.

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	Beneficio	Beneficio	Beneficio
Beneficios suplementarios adicionales incluidos en su plan			
Dentales⁵	\$0 para la atención preventiva que incluye 2 exámenes orales y limpiezas con radiografías al año y una asignación anual de \$1,000 por servicios dentales integrales con coseguro del 50 %	\$0 para la atención preventiva que incluye 2 exámenes orales y limpiezas con radiografías al año y una asignación anual de \$1,000 por servicios dentales integrales con coseguro del 50 %	\$0 para la atención preventiva que incluye 2 exámenes orales y limpiezas con radiografías al año y una asignación anual de \$500 por servicios dentales integrales con coseguro del 50 %
Beneficios para la vista	\$200 cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	\$200 cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	\$225 cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto
Beneficios de audífonos	Asignación de \$1,000 por oído cada 36 meses		
Medicare Explorer de Kaiser Permanente (Beneficios limitados fuera del área) ⁶	No está incluido	Asignación anual de \$1,200 para atención de rutina fuera del área	
Programa de Acondicionamiento Físico Silver&Fit^{®7}	No está incluido	La membresía de los centros de atención participantes, de los programas de ejercicio y de los programas de acondicionamiento físico en el hogar no tiene ningún costo.	

Paquete Suplementario Opcional (Advantage Plus)

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Opción 1 de Advantage Plus Atención dental integral adicional ⁵ , asignación anual de \$500 con coseguro del 50 % , beneficios para la audición y de artículos para la visión	\$18 además de la prima mensual de su plan		
Opción 2 de Advantage Plus Atención anual dental integral adicional ⁵ asignación de \$1,000 con coseguro del 50 %	\$23 además de su prima mensual del plan		

Para conocer más beneficios, visite kp.org/medichart (en inglés) e ingrese su código postal.

1. Cuando corresponda y estén disponibles. Si viaja fuera del estado, es posible que la atención virtual sea limitada debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado.
2. Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare con un costo compartido de cero.
3. Para insulina: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. Para vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.
4. 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.
5. Los beneficios dentales están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the MidAtlantic States, Inc. y son administrados por LIBERTY Dental Plan.
6. Los miembros son responsables de cualquier monto cobrado por los servicios cubiertos que excedan el máximo de asignación anual de \$1,200. La asignación puede usarse para atención de rutina fuera del área, como visitas al consultorio, análisis de laboratorio, radiografías, fisioterapia y atención de salud mental. La cobertura se brinda solo en Estados Unidos y sus territorios. Para conocer los detalles consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.
7. Silver&Fit® es una marca registrada a nivel federal de American Specialty Health, Inc.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO y de un Punto de Servicio (Point of Service, POS) de una HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Tiene que vivir en el área de servicio del plan de salud de Medicare ofrecido por Kaiser Permanente en el que se inscriba.