Tabla de Resumen de Beneficios para Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D (1 junio 2022—31 mayo 2023)

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	$1,500 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	$20 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	$20 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	$20 por visita
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente	$20 por visita
Terapia física, ocupacional y del habla	$20 por visita
Servicios para Pacientes Ambulatorios	**Usted Paga**
Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	$20 por procedimiento
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	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	$20 por visita
Servicios de Hospitalización	**Usted Paga**
Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	$500 por admisión
Cobertura de Atención 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 de Hospitalización” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados)	
Servicios de Transporte	**Usted Paga**
Servicios de ambulancia	Sin costo
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	$10 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca	$25 suministro máximo para 100-días
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	**Usted Paga**
Equipo médico duradero para uso en el hogar	Sin costo

continúa

Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	$500 por admisión
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	$20 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	$10 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	$20 por visita
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	$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
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	Sin costo
Suministros de ostomía y urología	Sin costo
Se entregarán comidas en su hogar después del alta de un hospital debido a insuficiencia cardíaca congestiva	Sin costo hasta dos comidas al día por un periodo de 4 semanas consecutivas, una vez por año calendario

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*.