

**Tabla de Resumen de Beneficios para
Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D (1/6/21—31/5/22)**

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
Servicios de Salud Mental	
Usted Paga	
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	\$500 por admisión

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)		Usted Paga
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*.