

Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO)  
Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO)  
Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO)  
Vigente del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

**Kaiser Permanente 2021**

# **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**.

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO)</b>	<b>Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO)</b>	<b>Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO)</b>
	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Prima Mensual</b>	<b>\$0</b>	<b>\$30</b>	<b>\$142</b>
<b>Deducible Anual</b>	Ninguno	Ninguno	Ninguno
<b>Visita al Consultorio Médico</b>	<b>\$10</b> Atención Primaria/ <b>\$50</b> Especialista	<b>\$10</b> Atención Primaria/ <b>\$40</b> Especialista	<b>\$5</b> Atención Primaria/ <b>\$30</b> Especialista
<b>Sala de Emergencias</b>	<b>\$90</b>	<b>\$90</b>	<b>\$90</b>
<b>Atención de Urgencia</b>	<b>\$50</b>	<b>\$40</b>	<b>\$30</b>
<b>Servicios Preventivos <sup>1</sup></b>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
<b>Hospitalización</b>	<b>\$300</b> por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización	<b>\$250</b> por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización	<b>\$200</b> por día, del día 1 al 5 No se aplica ningún cargo por el resto de su hospitalización
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	<b>\$300</b>	<b>\$250</b>	<b>\$100</b>
<b>Centro de Enfermería Especializada</b> Hasta 100 días por periodo de beneficios	<b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$167</b> por día, del día 21 al 100	<b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$160</b> por día, del día 21 al 100	<b>\$0</b> por día, del día 1 al 20 <b>\$110</b> por día, del día 21 al 100
<b>Pruebas de Laboratorio y Radiografías</b>	<b>\$0</b> por pruebas de laboratorio, <b>\$20</b> por radiografías	<b>\$0</b> por pruebas de laboratorio, <b>\$15</b> por radiografías	<b>\$0</b> por pruebas de laboratorio, <b>\$10</b> por radiografías
<b>MRI, TC y TEP</b>	<b>\$175</b>	<b>\$100</b>	<b>\$40</b>
<b>Equipo Médico Duradero</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
<b>Servicios de Ambulancia</b> Por viaje sencillo	<b>\$275</b>	<b>\$275</b>	<b>\$200</b>
<b>Gastos Máximos de Bolsillo Anuales</b>	<b>\$6,900</b>	<b>\$6,900</b>	<b>\$5,700</b>

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

## Primas y Beneficios

**Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
Value DC (HMO)**

**Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
Standard DC (HMO)**

**Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
High DC (HMO)**

### Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
<p><b>Etapas de Cobertura Inicial</b> (para un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red con un costo compartido preferido)</p> <p>Cuando el costo anual total de los medicamentos que usted y cualquier plan de la Parte D pagan alcanza los <b>\$4,130</b>, usted pasa al Periodo de Intervalo en la Cobertura.</p>	<p><b>\$5</b> por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)  <b>\$15</b> por medicamentos genéricos (Nivel 2)  <b>\$45</b> por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)  <b>\$100</b> por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)  <b>33%</b> por medicamentos especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p><b>\$3</b> por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)  <b>\$15</b> por medicamentos genéricos (Nivel 2)  <b>\$45</b> por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)  <b>\$100</b> por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)  <b>33%</b> por medicamentos especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p><b>\$5</b> por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)  <b>\$15</b> por medicamentos genéricos (Nivel 2)  <b>\$42</b> por medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)  <b>\$80</b> por medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)  <b>33%</b> por medicamentos especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>
<p><b>Etapas del Periodo de Intervalo en la Cobertura</b> (para un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red con un costo compartido preferido)</p> <p>Si sus gastos de bolsillo anuales alcanzan los <b>\$6,550</b>, usted pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.</p>	<p>Usted paga el <b>25%</b> del costo del plan de los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)  Usted paga el <b>25%</b> por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p>Usted paga el <b>25%</b> del costo del plan de los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)  Usted paga el <b>25%</b> por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p><b>\$5</b> por medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)  <b>\$15</b> por medicamentos genéricos (Nivel 2)  Usted paga el <b>25%</b> por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4) y especializados (Nivel 5)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>
<p><b>Etapas de Cobertura para Catástrofes</b>  Cuando sus gastos de bolsillo anuales superan los <b>\$6,550</b>, usted paga los siguientes montos por el resto del año calendario.</p>	<p><b>5%</b> del costo por los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)  <b>5%</b> del costo por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p><b>5%</b> del costo por los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)  <b>5%</b> del costo por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>	<p><b>5%</b> del costo por los medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)  <b>5%</b> del costo por los medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)  <b>\$0</b> por vacunas inyectables de la Parte D (Nivel 6)</p>
<p><b>Nuestra Farmacia con Pedidos por Correo Preferida<sup>2</sup></b>  (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).</p>	<p><b>\$0</b> de copago por los medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) 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><b>\$0</b> de copago por los medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) 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><b>\$0</b> de copago por los medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1) 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 DC (HMO)

Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
Standard DC (HMO)

Kaiser Permanente  
Medicare Advantage  
High DC (HMO)

### Paquete Suplementario Opcional (Advantage Plus)

Descripción	Usted paga	Usted paga	Usted paga
<b>Prima Mensual de Advantage Plus:</b> Servicios Dentales Integrales, <sup>3</sup> Servicios para la Audición, Servicios para la Vista	\$25 además de la prima mensual de su plan	\$25 además de la prima mensual de su plan	\$25 además de la prima mensual de su plan

### Beneficios suplementarios adicionales incluidos en su plan

Descripción	Beneficio	Beneficio	Beneficio
<b>Beneficios de Venta Libre (OTC)</b> Para comprar productos de salud y bienestar	Sin cargo hasta un beneficio trimestral de <b>\$30</b>	Sin cargo hasta un beneficio trimestral de <b>\$50</b>	Sin cargo hasta un beneficio trimestral de <b>\$60</b>
<b>Beneficios de Artículos para la Visión</b>	<b>\$100</b> al año para anteojos o lentes de contacto	<b>\$100</b> al año para anteojos o lentes de contacto	<b>\$50</b> al año para anteojos o lentes de contacto
Programa de Acondicionamiento Físico <b>Silver&amp;Fit®</b> <sup>4</sup>	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.	La membresía de los centros de atención, programas de ejercicio y programas de acondicionamiento físico en el hogar participantes no tiene ningún costo.
<b>Transporte que No Es de Emergencia</b> Beneficio para citas médicas que no sean de emergencia	<b>24</b> viajes de ida al año	<b>24</b> viajes de ida al año	<b>24</b> viajes de ida al año

**1.** \$0 de copago 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. Debe recibirlos en un plazo de 3 a 5 días. Si no es así, por favor, llame al **1-800-733-6345 (TTY 711)**. **3.** Los beneficios dentales están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., y son administrados por Dominion National. **4.** Silver&Fit® es una marca registrada a nivel federal de American Specialty Health, Inc.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO que tiene 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 Kaiser Permanente Medicare donde se inscriba.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
2101 E. Jefferson St.  
Rockville, MD 20852

[kp.org/medicare/es](http://kp.org/medicare/es)