

# Resumen de los Beneficios de 2025

## Tabla de Beneficios Destacados de los Planes de Salud de Medicare

Primas y Beneficios	Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO-POS)
Descripción	Lo que usted paga	Lo que usted paga	Lo que usted paga
Prima mensual	\$0	\$30	\$105
Visita al consultorio médico	Atención primaria: \$5/ Especialista: <b>\$40</b> (consultas virtuales <sup>1</sup> : \$0)	Atención primaria: \$5/ Especialista: <b>\$35</b> (consultas virtuales <sup>1</sup> : \$0)	Atención primaria: \$5/ Especialista: <b>\$30</b> (consultas virtuales <sup>1</sup> : \$0)
Servicios preventivos <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de urgencia/ emergencia	Atención de urgencia: <b>\$40</b> / Atención de emergencia: <b>\$110</b>	Atención de urgencia: <b>\$35</b> / Atención de emergencia: <b>\$110</b>	Atención de urgencia: <b>\$30</b> / Atención de emergencia: <b>\$125</b>
Pruebas de laboratorio y radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, <b>\$20</b> por radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, <b>\$15</b> por radiografías	\$0 por pruebas de laboratorio, <b>\$10</b> por radiografías
Hospitalización	<b>\$290</b> por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización	<b>\$245</b> por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización	<b>\$225</b> por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	<b>\$290</b>	<b>\$130</b>	<b>\$125</b>

## Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D<sup>3</sup>

Descripción	Lo que usted paga	Lo que usted paga	Lo que usted paga
<b>Etapa de cobertura inicial</b> (para un suministro de hasta 30 días)	<b>\$0</b> por medicamento genérico preferido (Nivel 1) <b>\$7</b> por medicamento genérico (Nivel 2) <b>\$45</b> por medicamento de marca preferido (Nivel 3) <b>\$95</b> por medicamento no preferido (Nivel 4) <b>\$33</b> por medicamento especializado (Nivel 5) <b>\$0</b> por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)	<b>\$0</b> por medicamento genérico preferido (Nivel 1) <b>\$12</b> por medicamento genérico (Nivel 2) <b>\$45</b> por medicamento de marca preferido (Nivel 3) <b>\$100</b> por medicamento no preferido (Nivel 4) <b>\$33</b> por medicamento especializado (Nivel 5) <b>\$0</b> por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)	<b>\$0</b> por medicamento genérico preferido (Nivel 1) <b>\$12</b> por medicamento genérico (Nivel 2) <b>\$42</b> por medicamento de marca preferido (Nivel 3) <b>\$100</b> por medicamento no preferido (Nivel 4) <b>\$33</b> por medicamento especializado (Nivel 5) <b>\$0</b> por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)
<b>Servicio de farmacia por correo<sup>4</sup></b> (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).	Copago de <b>\$0</b> para un suministro de hasta 90 días de medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos para un suministro de hasta 90 días	Copago de <b>\$0</b> para un suministro de hasta 90 días de medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos para un suministro de hasta 90 días	Copago de <b>\$0</b> para un suministro de hasta 90 días de medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2) Todos los otros medicamentos: 2 copagos para un suministro de hasta 90 días

Para obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**, consulte el **Resumen de Beneficios (Summary of Benefits)**. Para conocer más beneficios, visite [kp.org/medichart](http://kp.org/medichart) (en inglés) e ingrese su código postal.

**Primas y Beneficios**

Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO-POS)	Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO-POS)	
Descripción	Beneficio	Beneficio	Beneficio
<b>Beneficios adicionales incluidos en su plan</b>			
<b>Atención dental<sup>5</sup></b>	<b>\$0</b> para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y <b>\$1,500</b> de asignación anual para atención dental integral con coseguro del <b>50 %</b>	<b>\$0</b> para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y <b>\$2,500</b> de asignación anual para atención dental integral con coseguro del <b>50 %</b>	<b>\$0</b> para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y <b>\$1,000</b> de asignación anual para atención dental integral con coseguro del <b>50 %</b>
<b>Beneficios para la vista</b>	<b>\$200</b> cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	<b>\$250</b> cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	<b>\$250</b> cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto
<b>Beneficios de audífonos</b>	Asignación de <b>\$1,000</b> por oído cada 36 meses		
<b>Medicare Explorer de Kaiser Permanente</b> (beneficios limitados fuera del área) <sup>6</sup>	Asignación anual de <b>\$1,200</b> para atención de rutina fuera del área		
<b>Programa de acondicionamiento físico One Pass<sup>7</sup></b>	No está incluido	Membresía sin costo en cualquiera de los centros participantes, en programas de ejercicios y en programas de acondicionamiento físico en el hogar	

**Paquete adicional opcional (Advantage Plus)**

Descripción	Lo que usted paga
<b>Opción 1 de Advantage Plus</b> Beneficios adicionales de atención dental integral, <sup>5</sup> servicios de audición y artículos para la vista	<b>\$18</b> además de la prima mensual del plan Incluye: • Asignación anual adicional de <b>\$500</b> para atención dental integral con un coseguro del <b>50 %</b> • Asignación de <b>\$1,000</b> por oído para audífonos cada 3 años • Asignación de <b>\$275</b> para artículos para la vista cada 2 años
<b>Opción 2 de Advantage Plus</b> Asignación anual adicional para atención dental integral <sup>5</sup>	<b>\$23</b> además de la prima mensual del plan Incluye: • Asignación anual adicional de <b>\$1,000</b> para atención dental integral con un coseguro del <b>50 %</b>

<sup>1</sup> Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono o por video no estén disponibles en ciertos estados debido a leyes relacionadas con las licencias médicas. Las leyes varían según el estado.

<sup>2</sup> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin ningún costo compartido.

<sup>3</sup> Insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno.

<sup>4</sup> Algunos medicamentos no pueden enviarse con el servicio de farmacia por correo. Este servicio puede hacer envíos a domicilios de MD, VA, DC y ciertos lugares fuera del área de servicio.

<sup>5</sup> Los beneficios dentales están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., y son administrados por LIBERTY Dental Plan.

<sup>6</sup> Los miembros de Kaiser Permanente son responsables de los costos que se cobren por servicios cubiertos que superen la asignación anual máxima de \$1,200. La asignación se puede usar para atención de rutina fuera del área, como visitas al consultorio, análisis de laboratorio, radiografías, fisioterapia y salud mental. La cobertura se brinda solo en los Estados Unidos y sus territorios. Para conocer los detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.

<sup>7</sup> One Pass<sup>®</sup> es una marca registrada de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y es un programa voluntario.

Kaiser Permanente es un plan de HMO y HMO-POS con un contrato de 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.