

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: \$40 (consultas virtuales¹: \$0)	Atención primaria: \$5/ Especialista: \$35 (consultas virtuales¹: \$0)	Atención primaria: \$5/ Especialista: \$30 (consultas virtuales¹: \$0)
Servicios preventivos²	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de urgencia/emergencia	Atención de urgencia: \$40/ Atención de emergencia: \$110	Atención de urgencia: \$35/ Atención de emergencia: \$110	Atención de urgencia: \$30/ Atención de emergencia: \$125
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	\$290 por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización	\$245 por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización	\$225 por día, los días 1 a 5 Sin cargo durante el resto de la hospitalización
Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio	\$290	\$130	\$125

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D³

Descripción	Lo que usted paga	Lo que usted paga	Lo que usted paga
Etapas de cobertura inicial (para un suministro de hasta 30 días) Cuando el costo anual total de los medicamentos que pagan usted y cualquier plan de la Parte D alcanza los \$2,000 , usted pasa a la etapa de cobertura para catástrofes y no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D en 2025.	\$0 por medicamento genérico preferido (Nivel 1) \$7 por medicamento genérico (Nivel 2) \$45 por medicamento de marca preferido (Nivel 3) \$95 por medicamento no preferido (Nivel 4) \$33 por medicamento especializado (Nivel 5) \$0 por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)	\$0 por medicamento genérico preferido (Nivel 1) \$12 por medicamento genérico (Nivel 2) \$45 por medicamento de marca preferido (Nivel 3) \$100 por medicamento no preferido (Nivel 4) \$33 por medicamento especializado (Nivel 5) \$0 por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)	\$0 por medicamento genérico preferido (Nivel 1) \$12 por medicamento genérico (Nivel 2) \$42 por medicamento de marca preferido (Nivel 3) \$100 por medicamento no preferido (Nivel 4) \$33 por medicamento especializado (Nivel 5) \$0 por vacuna inyectable de la Parte D (Nivel 6)
Servicio de farmacia por correo⁴ (Es posible que se apliquen restricciones y limitaciones).	Copago de \$0 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 \$0 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 \$0 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 (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
Beneficios adicionales incluidos en su plan			
Atención dental ⁵	\$0 para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y \$1,500 de asignación anual para atención dental integral con coseguro del 50 %	\$0 para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y \$2,500 de asignación anual para atención dental integral con coseguro del 50 %	\$0 para atención preventiva que incluye 2 exámenes bucales y limpiezas con radiografías por año, y \$1,000 de asignación anual para atención dental integral con coseguro del 50 %
Beneficios para la vista	\$200 cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	\$250 cada 24 meses para anteojos o lentes de contacto	\$250 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	Asignación anual de \$1,200 para atención de rutina fuera del área		
Programa de acondicionamiento físico One Pass ⁷	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
Opción 1 de Advantage Plus Beneficios adicionales de atención dental integral, ⁵ servicios de audición y artículos para la vista	\$18 además de la prima mensual del plan Incluye: <ul style="list-style-type: none">• Asignación anual adicional de \$500 para atención dental integral con un coseguro del 50 %• Asignación de \$1,000 por oído para audífonos cada 3 años• Asignación de \$275 para artículos para la vista cada 2 años
Opción 2 de Advantage Plus Asignación anual adicional para atención dental integral ⁵	\$23 además de la prima mensual del plan Incluye: <ul style="list-style-type: none">• Asignación anual adicional de \$1,000 para atención dental integral con un coseguro del 50 %

¹ 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.

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

³ 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.

⁴ 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.

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

⁶ 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)*.

⁷ One Pass® 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.