

Tabla de Resumen de Beneficios para Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D (1/1/21—31/12/21)

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	\$15 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico	\$15 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	\$15 por visita
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente	\$15 por visita
Terapia física, ocupacional y del habla	\$15 por visita

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios...	\$50 por procedimiento
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	\$3 por visita
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	\$15 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	\$100 por viaje
-------------------------------	-----------------

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	\$35 suministro máximo para 100-días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Usted Paga

Equipo médico duradero para uso en el hogar	Coseguro del 20%
---	------------------

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		\$15 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos		\$7 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		\$15 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		Coseguro del 20%
Suministros de ostomía y urología		Coseguro del 20%
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*.