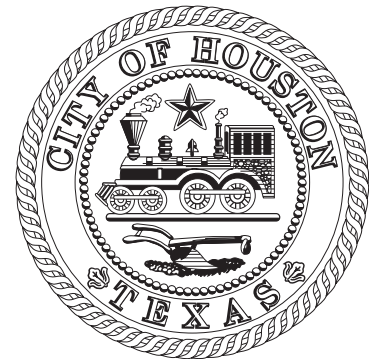


# 2024

KelseyCare  
Advantage  
★ ★ ★ ★

## AVISO ANUAL DE CAMBIO



**713-442-2COH (TTY: 711)**

**[KelseyCareAdvantage.com/COH](https://KelseyCareAdvantage.com/COH)**

## ***KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC***

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/shell](http://www.KelseyCareAdvantage.com/shell). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (doctor, hospital).
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

#### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 713-442-7555 o llame gratis al 1-866-534-0556. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Esta llamada es gratuita.
- Este documento también está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este documento).

- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### **Acerca de KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell)**

- KelseyCare Advantage, producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).
- Al proporcionar mi número de teléfono o mi dirección de correo electrónico a KelseyCare Advantage, acepto recibir llamadas automáticas, mensajes pregrabados, correos electrónicos o mensajes de voz/texto sobre mi aplicación o cuenta de parte de KelseyCare Advantage y sus filiales. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, los términos y la información de privacidad están disponibles en [www.KelseyCareAdvantage.com/shell](http://www.KelseyCareAdvantage.com/shell). Si quiere dejar de recibir información sobre su aplicación o cuenta, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-7555 o llame gratis al 1-866-534-0556 y pida que lo agreguen a nuestra lista de no llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

H0332\_SHLANOC24\_M

## **Aviso anual de cambios para 2024**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>8</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores .....	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>15</b>
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).....	15
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	15
<b>SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>17</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).....	17
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	18

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	Comuníquese con Beneficios de Shell (Shell Benefits) para obtener información sobre las primas	Comuníquese con Beneficios de Shell (Shell Benefits) para obtener información sobre las primas
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos de la parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$3,400	\$3,400
<p><b>Consultas en el consultorio del doctor</b></p>	<p>Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$250 por estadía</p> <p>No hay un límite en la cantidad de días cubiertos.</p>	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$250 por estadía</p> <p>No hay un límite en la cantidad de días cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).                      (costo por un suministro para 30 días)</p>	<p><b>Deducible: \$0</b></p> <p><b>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$3  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$15  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>	<p><b>Deducible: \$0</b></p> <p><b>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$3  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$15  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$45                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$40                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$45                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$40                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$90                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$80                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$90                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$80                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Coseguro del 31%                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Coseguro del 31%                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Coseguro del 31%                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Coseguro del 31%                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$0  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$0  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>
	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada medicamento con receta, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> <li>• Es posible que tenga costo compartido para medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>



## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	Comuníquese con Beneficios de Shell (Shell Benefits) para obtener información sobre las primas	Comuníquese con Beneficios de Shell (Shell Benefits) para obtener información sobre las primas

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

---

## **Sección 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores**

---

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/shell](http://www.KelseyCareAdvantage.com/shell). También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días laborables.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos asistirlo.

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de ejercicios físicos.</p> <p>El plan ofrece un programa de ejercicios a todos los miembros. El programa de ejercicios ofrece a los miembros una red nacional de gimnasios para ayudarlos a prevenir enfermedades y lesiones mediante el aumento de la actividad física. El programa incluye una admisión y formación inicial, materiales de educación actuales sobre cómo mantenerse sano y la capacidad de realizar un autoseguimiento del progreso de la actividad.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de ejercicios físicos y para la memoria.</p> <p>Nuestro programa de ejercicios ayuda a nuestros miembros a mantenerse activos física, mental y socialmente. El programa incluye acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital a demanda y en directo, un programa cognitivo integral, kits para casa y eventos de bienestar y salud seleccionados.</p>

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminaciones o incorporaciones de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios de medicamentos a un nivel de costo compartido

diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si alguno de sus medicamentos se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (Genérico preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (Genérico):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (Marca preferida):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (Genérico preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (Genérico):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (Marca preferida):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (De especialidad):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (De especialidad):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 6: (Medicamentos de cuidados selectos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

**Cambios en la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costo compartido para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La siguiente información describe los cambios administrativos para el próximo año. Para obtener más información, consulte su Evidencia de cobertura de 2024 o Resumen de beneficios de 2024.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Administración de beneficios de ejercicios	Administración de beneficios de ejercicios a cargo de Tivity Health mediante el uso de la marca registrada SilverSneakers®.	Administración de beneficios de ejercicios a cargo de Optum Healthcare Solutions mediante el uso de la marca comercial Optum OnePass™ con acceso a una red de gimnasios más amplia.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell)

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente a través de Shell, automáticamente seguirá inscrito en nuestro plan KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero, si desea cambiar, llame al Centro de Servicios de Beneficios de Shell al 1-800-30-SHELL (1-800-307-4355). Los representantes están disponibles durante los días laborables (excepto la mayoría de los días festivos de la Bolsa de Valores Nueva York) de 7:30 a.m. a 7:00 p.m., hora central. También puede visitar [www.netbenefits.com](http://www.netbenefits.com).

Si no toma ninguna acción, permanecerá inscrito en su plan KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).



## SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar de planes, comuníquese con KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) al 1-800-30-SHELL (1-800-307-4355). Los representantes están disponibles durante los días laborables (excepto la mayoría de los días festivos de la Bolsa de Valores Nueva York) de 7:30 a.m. a 7:00 p.m., hora central. También puede visitar [www.netbenefits.com](http://www.netbenefits.com).

Si no toma ninguna acción, permanecerá inscrito en su plan actual KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell).

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) visite su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O bien a*
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Programa de salud renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-7555 o gratis al 1-866-534-0556. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/shell](http://www.KelseyCareAdvantage.com/shell). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

## Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/shell](http://www.KelseyCareAdvantage.com/shell). Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*.

---

## Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-535-8343. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-535-8343. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-535-8343. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-535-8343 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-535-8343. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 -866-535-8343번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا 1-866-535-8343. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-535-8343. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-535-8343. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-535-8343. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-535-8343にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。