

2024

KelseyCare
Advantage
★★★★

GREATER HOUSTON PLAN



Shell US Benefits

RESUMEN DE BENEFICIOS

713-442-7555 (TTY: 711)

KelseyCareAdvantage.com/Shell

H0332_SHLSB24_ES_M

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 713-442-7555 o al número gratuito 1-866-534-0556 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Comprender los beneficios

| | |
|--|--|
| | Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un doctor. Visite www.KelseyCareAdvantage.com/shell o llame al 1-866-534-0556 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia de la EOC. |
| | Revise el <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su doctor) para asegurarse de que los doctores que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo doctor. |
| | Revise el <i>Directorio de farmacias</i> para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que usted deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta. |

Comprender reglas importantes

| | |
|--|--|
| | Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social. |
| | Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2025. |
| | Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (doctores que no figuran en el directorio de proveedores). |

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

| | |
|---|--|
| <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</p> | <p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “<i>Evidencia de cobertura</i>”.</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en http://www.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “<i>Medicare & You</i>” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en http://www.medicare.gov, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. |
| <p>Secciones en este folleto</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qué debe saber sobre KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) • Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos • Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos • Beneficios de medicamentos con receta |
| <p>Horario de atención</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| <p>Números de teléfono y sitio web</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Si es miembro de este plan, llame gratis al 1-866-534-0556 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Si no es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Nuestro sitio web: www.KelseyCareAdvantage.com/shell. |
| <p>¿Quién puede afiliarse?</p> | <p>Para afiliarse a KelseyCare Advantage, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery y Waller.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>¿Qué doctores y hospitales puedo utilizar?</p> | <p>KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.</p> |
| <p>Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p> | |
| <p>¿Qué farmacias puedo utilizar?</p> | <p>Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.</p> <p>Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.KelseyCareAdvantage.com/shell). O bien, llámenos a los números de teléfono indicados anteriormente y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.</p> |
| <p>¿Qué cubrimos?</p> | <p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.</p> <p>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se indican en este folleto.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.KelseyCareAdvantage.com/shell). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.</p> |
| <p>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</p> | <p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de 6 “niveles”. Usted deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizamos las etapas de beneficios que hay: cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas.</p> |

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|---|---|
| ¿Cuánto cuesta la prima mensual? | Comuníquese con el Centro de Beneficios de Shell (Shell Benefits Center) para obtener información sobre las primas. Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| ¿Cuánto cuesta el deducible? | Este plan no tiene deducible médico. |
| ¿Existe algún límite sobre cuánto pagará por mis servicios cubiertos? | Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D. |
| (Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo) | Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$3,400 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. |
| ¿Existe algún límite sobre cuánto pagará el plan? | Nuestro plan tiene un límite de cobertura por año para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios aplican. |
| Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 por estadía |
| Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 |
| Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$225 |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|---|--|
| Consultas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas) ^{1,2} | <p><u>Consulta en un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de atención primaria: Copago de \$0 • Consulta con un especialista: Copago de \$20 |
| Atención preventiva | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate-specific antigen, PSA) • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Consulta anual de "bienestar" <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p> |
| Atención de emergencia | <p>Copago de \$75</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer otros costos.</p> |
| Servicios de urgencia | <p>Copago de \$35</p> |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|---|--|
| Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes^{1,2} | <p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$150, según el servicio <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$25, según el servicio <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$50 |
| Servicios auditivos^{1,2} | <p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20 <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20. Usted tiene cobertura para hasta un (1) examen auditivo de rutina por año. <p><u>Asignación para audífonos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga hasta \$500 de asignación para audífonos no implantables cada año. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan. |
| Servicios odontológicos cubiertos por Medicare^{1,2} <i>(consulte la sección sobre beneficios adicionales para conocer otros servicios odontológicos disponibles)</i> | <p><u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 |

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|---|---|
| Atención de la vista | <p><u>Examen de la vista de rutina:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 |
| Servicios de salud mental (incluso para pacientes internados) ^{1,2} | <p><u>Para pacientes internados:</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se presten en un hospital general.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 por estadía Copago de \$0 para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 |
| Centro de atención de enfermería especializada (SNF) ^{1,2} | <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$125 por día para los días 21-100 |
| Fisioterapia ^{1,2} | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 |
| Ambulancia (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare) | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$100 por cada viaje solo de ida |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|--|---|
| Transporte | <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Este plan cubre hasta 20 viajes solo de ida cada año a lugares aprobados por el plan.</p> <p>El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p> |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ | <p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% al 20% |

Beneficios de medicamentos con receta (Parte D)

Límite de cobertura inicial

Usted paga lo que se indica abajo hasta que los costos anuales de medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$8,000. Los costos anuales totales que paga de su bolsillo son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por otros pagadores calificados.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo de la red.

Costo compartido minorista estándar y de pedido por correo (límite de cobertura inicial)

| Nivel | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1 (Genérico preferido) | Copago de \$3 | Copago de \$9 |
| Nivel 2 (Genérico) | Copago de \$15 | Copago de \$45 |
| Nivel 3 (Marca preferida) | Copago de \$45 | Copago de \$135 |
| Nivel 4 (Medicamento no preferido) | Copago de \$90 | Copago de \$270 |
| Nivel 5 (De especialidad) | Coseguro del 31% | No hay disponible un suministro a largo plazo en el Nivel 5. |
| Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Costo compartido minorista preferido y de pedido por correo (límite de cobertura inicial)

| Nivel | Suministro para 30 días | Suministro para 90 días |
|---|-------------------------|--|
| Nivel 1 (Genérico preferido) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 2 (Genérico) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Nivel 3 (Marca preferida) | Copago de \$40 | Copago de \$100 |
| Nivel 4 (Medicamento no preferido) | Copago de \$80 | Copago de \$200 |
| Nivel 5 (De especialidad) | Coseguro del 31% | No hay disponible un suministro a largo plazo en el Nivel 5. |
| Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos) | Copago de \$0 | Copago de \$0 |

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista. Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Cobertura en situaciones catastróficas

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Beneficios adicionales de medicamentos con receta

Como parte de la cobertura para medicamentos ampliada del plan para el año calendario 2024, el plan cubre los siguientes medicamentos excluidos del Nivel 2: Sildenafil (Viagra genérico), vitamina D2, ácido fólico y vitamina B12. Los pagos que realice por los medicamentos excluidos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Beneficios médicos adicionales

| | KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) |
|---|--|
| Acupuntura ^{1,2} | <p>Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura en un plazo de 90 días para el dolor lumbar crónico, y 8 sesiones adicionales si se observa una mejoría. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 |
| Cuidado de los pies (servicios de podiatría) ^{1,2} | <p><u>Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionadas con la diabetes o cumple ciertos requisitos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 |
| Equipo médico y suministros (equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados) ¹ | <p><u>Equipo médico duradero:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 20% <p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas. Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control. <p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 20% |
| Programas de bienestar (p. ej., de ejercicio) | <p>Usted paga un copago de \$0 para los servicios de ejercicios físicos y para la memoria. 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> |
| Atención quiropráctica ^{1,2} | <p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 |
| Capacitación para el autocontrol de la diabetes ^{1,2} | <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|---|---|
| Atención médica a domicilio ^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 |
| Hospicio | Usted no paga nada por el cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de alivio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles. |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos ^{1,2} | <u>Consulta de terapia individual o grupal:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 |
| Cirugía ^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 en un hospital para pacientes externos Copago de \$225 en un centro de cirugía ambulatoria |
| Artículos de venta libre | No están cubiertos |
| Diálisis renal ^{1,2} | <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 |
| Consultas por telemedicina | <p>Las consultas electrónicas y por video con doctores de atención primaria (primary care physician, PCP) y especialistas contratados por Kelsey-Seybold son un beneficio cubierto.</p> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0 Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: Copago de \$15 |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

| KelseyCare Advantage Greater Houston Plan (Shell) (HMO) | |
|--|--|
| Rehabilitación para pacientes externos^{1,2} | <p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día y hasta 36 sesiones en un período de 36 semanas):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p><u>Terapia ocupacional:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 |
| Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Existe un límite de \$5,000 por año del plan para los servicios de enfermería privada. Una vez que el plan haya pagado \$5,000 en un año del plan, usted será responsable de pagar todos los cargos del resto del año del plan.</p> |

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
 Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

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 مجانية.

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 vi 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。



Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-534-0556 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Comuníquese con el plan para obtener más información.