

2024

SILVER
COMMUNITY
(HMO-POS)

**AVISO
ANUAL DE
CAMBIO**

1-866-535-8343 (TTY: 711)
KelseyCareAdvantage.com

KelseyCare Advantage Honor (HMO) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC

Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Silver Community. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 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. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

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 (médico, hospital).
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en KelseyCare Advantage Silver Community.

- 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. Si quiere dejar de recibir información sobre su aplicación o cuenta, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 y pida que lo agreguen a nuestra lista de no llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción con KelseyCare Advantage Silver Community.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

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-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, 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 6.1 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.

Acerca de KelseyCare Advantage Honor

- 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 Honor.

H0332_007ANOC24_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Honor en 2024.....	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	24
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	25
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Honor	25
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	25
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	26
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	26
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	27
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	28
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Honor	28
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	29

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para KelseyCare Advantage Honor en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Deducible	<u>Dentro de la red:</u> \$0	<u>Dentro de la red:</u> \$0
	<u>Fuera de la red:</u> \$500	<u>Fuera de la red:</u> <u>No</u> está cubierta.
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red	\$3,450	\$3,850
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la red de la parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).		
Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red	\$10,000	<u>No</u> está cubierta.
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B recibidos mediante el beneficio de POS. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).		

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: Coseguro del 50%</p> <p>Consultas a especialistas: Coseguro del 30%</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$10 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Las consultas de atención primaria y a especialistas <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$325 por estadía</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Para las hospitalizaciones de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$325 para cuidados agudos de pacientes internados en el hospital.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Coseguro del 40% por estadía</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$295 por estadía</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> <u>No</u> está cubierta.</p>

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Honor en 2024

El 1 de enero de 2024, KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage) combinará KelseyCare Advantage Silver Community con uno de nuestros planes, KelseyCare Advantage Honor. La información de este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en KelseyCare Advantage Silver Community y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2024 como miembro de KelseyCare Advantage Honor.

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente como miembro de nuestro KelseyCare Advantage Honor. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica a través de KelseyCare Advantage Honor. Si desea cambiar de plan o pasarse a Original Medicare, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 2.2 – 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)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.</p>	\$3,450	<p>\$3,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,850 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.</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de POS fuera de la red.</p>	\$10,000	<u>No</u> está cubierta.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

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

No hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, 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 2.4 – 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)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% por cada consulta cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> La consulta de acupuntura cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.
Servicios de ambulancia	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$200 por cada viaje en ambulancia en una sola dirección cubierto por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para servicios de ambulancia terrestre. Coseguro del 50% para servicios de ambulancia aérea.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$225 por cada viaje en ambulancia en una sola dirección cubierto por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Los servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$225 por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. <u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$175 por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. <u>Fuera de la red</u> Las consultas cubiertas por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio <u>no</u> están cubiertas.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 50% por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% por cada consulta cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> La consulta cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 50% por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> La prueba de detección de cáncer colorrectal y el enema de bario cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Los servicios odontológicos cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

**Servicios odontológicos
(integrales no cubiertos por
Medicare)**

Los servicios odontológicos integrales están cubiertos por una prima adicional. Consulte Servicios odontológicos (complementarios opcionales).

Dentro de la red

Copago de \$0 por cada consulta para servicios que no sean de rutina (consultas ilimitadas cada año).

Copago de \$0 por cada consulta para servicios de restauración (cantidad ilimitada de consultas).

Copago de \$0 por cada consulta para servicios de extracción (cantidad ilimitada de consultas).

Copago de \$0 por cada consulta para servicios de endodoncia (tratamiento de endodoncia: 1 de por vida; todas las demás endodoncias: ilimitadas hasta el beneficio anual máximo).

Copago de \$0 por cada consulta para servicios de periodoncia (servicio de periodoncia no quirúrgico: 1 cada 12 meses; mantenimiento periodontal: 1 cada 60 meses).

Copago de \$0 por cada consulta para servicios de prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial (cantidad ilimitada de consultas).

Monto máximo de cobertura del plan de \$2,000 cada año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos preventivos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios odontológicos (complementarios opcionales)	Los beneficios odontológicos complementarios opcionales están cubiertos por una prima adicional.	Los servicios odontológicos integrales <u>no</u> están cubiertos como un beneficio complementario opcional. Los servicios integrales no cubiertos por Medicare se ofrecen sin prima adicional. Consulte Servicios odontológicos (integrales no cubiertos por Medicare).
Servicios odontológicos (preventivos)	Sin límite de cobertura del plan.	Monto máximo de cobertura del plan de \$2,000 cada año para servicios preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Las capacitaciones para el autocontrol de la diabetes <u>no</u> están cubiertas.
Servicios y suministros para pacientes diabéticos	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. Coseguro del 50% para los zapatos y plantillas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Los suministros para el control de la diabetes y los zapatos y plantillas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Los monitores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM) preferidos son Dexcom y FreeStyle Libre; todos los demás CGM están excluidos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada artículo cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Los CGM preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El DME cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.</p>
<p>ECG tras la consulta “Bienvenido a Medicare”</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para un ECG tras la consulta “Bienvenido a Medicare” cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> El ECG tras la consulta “Bienvenido a Medicare” cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierto.</p>
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de ejercicios físicos.</p>	<p>Los servicios de ejercicios físicos <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Exámenes auditivos (cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> El examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de tratamiento de infusión a domicilio</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para que el proveedor de atención médica a domicilio asista al hogar.</p> <p>Coseguro del 30% de la Parte B para el medicamento de infusión.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de tratamiento de infusión a domicilio cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$325 por estadía para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 40% por estadía para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por estadía para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$295 por estadía para hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> La atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p>	<p>El costo máximo que paga de su bolsillo para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare es de \$325 por estadía.</p>	<p>El costo máximo que paga de su bolsillo para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare es de \$295 por estadía.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$325 por estadía para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 40% por estadía para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por estadía para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo máximo que paga de su bolsillo para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare es de \$325 por estadía.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$295 por estadía para hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> La atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> está cubierta.</p> <p>El costo máximo que paga de su bolsillo para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare es de \$295 por estadía.</p>
<p>Servicios de diálisis renal</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de diálisis cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios de educación sobre enfermedades renales</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>Copago de \$0 para hasta 2 comidas al día durante los 7 días después del alta de una hospitalización con un diagnóstico de COVID-19.</p>	<p>El beneficio de comidas <u>no</u> está cubierto.</p>
<p>Suministros médicos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los suministros relacionados cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de terapia ocupacional</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$10 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> La consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta. No se requiere autorización previa ni remisión para servicios provistos por Kelsey-Seybold Medical Group.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta para servicios del programa de tratamiento de opioides cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> La consulta para servicios del programa de tratamiento de opioides cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Servicios de sangre para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de sangre cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% para los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Coseguro del 30% para las radiografías para pacientes externos cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 30% para los servicios de radiología terapéutica para pacientes externos cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica para pacientes externos cubiertos por Medicare y las radiografías <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Servicios especializados de salud mental para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Las consultas de terapia individual y grupal cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Servicios de psiquiatra para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Las consultas de terapia individual y grupal cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Las consultas de terapia individual y grupal cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cirugía ambulatoria y servicios de observación (en un centro ambulatorio)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$250 para servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$250 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% para los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 30% para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$200 para servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$200 por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos y los servicios de observación cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Usted recibe hasta \$25 por trimestre que pueden ser utilizados para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan.</p>	<p>Usted recibe hasta \$50 por trimestre que pueden ser utilizados para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de fisioterapia y terapia del habla</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$10 a \$20 por cada consulta de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare. La terapia del habla requerirá un copago de \$20 del paciente por cada consulta.</p> <p>La fisioterapia requerirá un copago de \$10 del paciente por cada consulta.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta de terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$10 por cada consulta de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para servicios provistos por Kelsey-Seybold Medical Group.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Las consultas de fisioterapia y terapia del habla cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Servicios de podiatría</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% por consulta cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> La consulta de podiatría cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Servicios preventivos (servicios sin costo cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para servicios preventivos sin costo compartido cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los servicios preventivos sin costo compartido cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Consultas a doctores de atención primaria</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta con un doctor de atención primaria cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Las consultas con un doctor de atención primaria cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para un tacto rectal anual cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los tactos rectales anuales cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Dispositivos protésicos	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada artículo cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Las prótesis cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.
Servicios de rehabilitación pulmonar (cubiertos por Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta para servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por estadía por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> La atención en un SNF cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta.
Consultas a especialistas	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% Ciertos servicios de especialistas médicos requieren autorización previa.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$10 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> La consulta a un especialista cubierta por Medicare <u>no</u> está cubierta. No se requiere autorización previa ni remisión para servicios provistos por Kelsey-Seybold Medical Group.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (cubiertos por Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% por cada consulta para SET cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Las consultas para SET cubiertas por Medicare <u>no</u> están cubiertas.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Los servicios de transporte <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de transporte. 20 viajes solo de ida cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan KelseyCare Advantage. • Los vehículos con acceso para sillas de ruedas deben solicitarse con al menos 24 horas de antelación. • Este beneficio no cubre el transporte en camilla o ambulancia (SVA o SVB). • Un viaje es el transporte solo de ida; un viaje de ida y vuelta son 2 viajes.
<p>Servicios de urgencia</p>	<p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Copago de \$25 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Copago de \$5 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de la vista (exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 30% para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Coseguro del 50% para una prueba anual de detección de glaucoma.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos y las pruebas anuales de detección de glaucoma <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Atención de la vista (lentes y accesorios)</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Coseguro del 50% para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Para lentes y accesorios no cubiertos por Medicare: Límite de cobertura del plan de \$75 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Para lentes y accesorios no cubiertos por Medicare: Límite de cobertura del plan de \$125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</p>	<p>Copago de \$120 por cada consulta de emergencia en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago de la sala de emergencias si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Copago de \$200 por cada servicio de transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará hasta el 100% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios, menos los copagos y coseguros. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o el ingreso hospitalario de emergencia. El costo compartido de transporte en todo el mundo se aplica si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Sin monto máximo de cobertura de beneficios del plan.</p>	<p>Coseguro del 20% por cada consulta de emergencia en todo el mundo.</p> <p>El costo compartido de la sala de emergencias se aplica si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Coseguro del 20% por cada servicio de transporte de emergencia en todo el mundo.</p> <p>El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias, el transporte de emergencia o el ingreso hospitalario de emergencia.</p> <p>Límite máximo de cobertura del plan de \$20,000 de por vida.</p>

SECCIÓN 3 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)
Área de servicio	Para ser elegible para este plan, debe vivir en uno de los siguientes condados en Texas: Austin, Chambers, Grimes, Liberty, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.	Para ser elegible para este plan, debe vivir en uno de los siguientes condados en Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton. Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en Texas: Galveston, solamente los siguientes códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592.
Administración de beneficios de la vista	Administración de beneficios de la vista y procesamiento de reclamaciones a cargo de Vision Service Plan Insurance (VSP).	Administración de beneficios de la vista y procesamiento de reclamaciones a cargo de UnitedHealth Care Vision con acceso a una red de proveedores de la vista más amplia.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Honor

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan KelseyCare Advantage Honor.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que haya una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Como recordatorio, KS Plan Administrators, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Honor se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Honor se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo
- *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 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 7 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
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** 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. 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). **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, 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.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, éste puede seguir proporcionándole asistencia con los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare cuando estos se encuentran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Puede llamar al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Honor

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, 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.

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 Honor. 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. 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. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 8.2 – 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). 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.

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.

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 على 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 Italianovi 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。