

# 2021

## Resumen de Beneficios

City of Houston Preferred (HMO)



KelseyCare Advantage  
☆☆☆☆☆

2021 Resumen de Beneficios

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicios al cliente al 713-442-2COH (2264) o al número gratuito 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

### Comprendiendo los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC en inglés), especialmente para aquellos servicios que usted consulta habitualmente a un médico. Visite <a href="http://www.kelseycareadvantage.com/coh">www.kelseycareadvantage.com/coh</a> o llame al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, es posible que tenga que seleccionar un nuevo médico.
	Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es posible que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprendiendo reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
	Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
	Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, nosotros no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores), a menos que usted esté inscrito en el plan KelseyCare Advantage Preferred (HMO).

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

<p><b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b></p>	<p>Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Preferred (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 “Evidencia de cobertura”.</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O utilice el Buscador de Planes de Medicare en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.</li> <li>• Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual “Medicare y Usted”. Véalo en línea en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>
<p><b>Secciones en este folleto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosas que debe saber sobre KelseyCare Advantage Preferred (HMO)</li> <li>• Prima mensual y Límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos</li> <li>• Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos</li> <li>• Beneficios de medicamentos recetados</li> </ul>
<p><b>Horario de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los sábados y domingos, las llamadas son manejadas por nuestro sistema de buzón de voz.</li> </ul>
<p><b>Números de teléfono y página web</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es miembro de este plan, llame al 713-442-2COH (2264) o al número gratuito 1-866-535-8405 (los usuarios TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Si no es miembro de este plan, llame sin cargo al 1-800-663-7146 (los usuarios TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Nuestra página web: <a href="http://www.kelseycareadvantage.com/coh">www.kelseycareadvantage.com/coh</a></li> </ul>
<p><b>¿Quién puede inscribirse?</b></p>	<p>Para inscribirse 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><b>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas:</b> Harris, Brazoria, Fort Bend, Montgomery, Galveston, Liberty, Chambers, Waller, San Jacinto, Austin, Wharton, Walker, Grimes.</p>
<p><b>¿Qué médicos y hospitales puedo utilizar?</b></p>	<p><b>KelseyCare Advantage Preferred:</b></p> <p>Tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no cubra estos servicios.</p>
<p>Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p>	

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

<p><b>¿Qué farmacias puedo utilizar?</b></p>	<p>Por lo general, usted 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. Usted puede pagar menos si usa estas farmacias.</p> <p>Usted puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.kelseycareadvantage.com/coh">www.kelseycareadvantage.com/coh</a>). O llámenos a los números de teléfono anteriores y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.</p>
<p><b>¿Qué cubrimos?</b></p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.</p> <p><b>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original.</b> Para otros, es posible que pague menos. Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Medicare Original. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.</p> <p>Nosotros cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Usted puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, <a href="http://www.kelseycareadvantage.com/coh">www.kelseycareadvantage.com/coh</a>. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.</p>
<p><b>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</b></p>	<p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Usted deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que usted 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 ocurren después de que alcance su deducible: cobertura inicial y cobertura para catástrofes.</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

## Resumen de beneficios

Enero 1, 2021 – Diciembre 31, 2021

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

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>¿Cuánto cuesta la prima mensual?</b>	<p>\$42 por mes.</p> <p>Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>
<b>¿Cuánto cuesta el deducible?</b>	Este plan no tiene un deducible médico.
<b>¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</b>  (Responsabilidad máxima que paga de su propio bolsillo)	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p><b>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</b></p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,400 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul>
<b>¿Existe un límite sobre cuánto pagará el plan?</b>	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Contáctenos para los servicios que aplican.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

<b>Preferred (HMO)</b>	
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados</b> <sup>1,2</sup>	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ningún cuidado de paciente hospitalizado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente hospitalizado por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>No existe límite para el número de días cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$300 por hospitalización</li> </ul>
<b>Cobertura para pacientes ambulatorios</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$150</li> </ul>
<b>Consultas médicas</b> (proveedores de atención primaria y especialistas) <sup>1,2</sup>	<p><u>Consulta en un consultorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$25</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>			
<b>Atención preventiva<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p>Otros servicios preventivos incluyendo:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento sobre abuso de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Asesoramiento y detección de obesidad</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluyendo las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo</li> <li>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de "bienestar"</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento sobre abuso de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Asesoramiento y detección de obesidad</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluyendo las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo</li> <li>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de "bienestar"</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento sobre abuso de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Asesoramiento y detección de obesidad</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluyendo las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo</li> <li>• Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Consulta anual de "bienestar"</li> </ul>		
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.</p>			
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>Copago de \$25</p>			

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Servicios de diagnóstico, de laboratorios e imágenes</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio</li> </ul> <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul>
<b>Servicios de audición</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul> <p><u>Examen de audición de rutina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año.</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.



	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Servicios dentales (Odontología médica)</b> <small>1,2</small>	Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>
<b>Servicios de la visión</b>	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo el examen anual de glaucoma) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>
	<u>Examen de rutina de la visión:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por 1 examen de rutina de la visión cada año</li> <li>• Asignación de \$50 cada año para lentes de contacto o anteojos.</li> </ul> <u>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Servicios de salud mental</b> (incluyendo para pacientes hospitalizados) <sup>1,2</sup>	<p>Para pacientes hospitalizados:  Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados no aplica para los servicios mentales para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ningún cuidado de paciente hospitalizado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente hospitalizado por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización de pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados será limitada a 90 días.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$300 por hospitalización</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Centros de Enfermería Especializada (SNF)</b> <sup>1,2</sup>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• Copago de \$100 por día para los días 21 a 100</li> </ul>
<b>Terapia física</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15 por consulta</li> </ul>
<b>Ambulancia</b> (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$100 por cada viaje de ida</li> </ul>
<b>Transporte</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Este plan cubre 20 viajes de ida para lugares aprobados por el plan cada año. El transporte está limitado a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p> <p>No existe cobertura fuera de la red para este beneficio.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <sup>1</sup>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

## Beneficios de medicamentos recetados – Parte D

### Límites de la cobertura inicial

Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales que usted paga de su bolsillo para medicamentos alcancen \$6,550. Los costos totales anuales que paga de su bolsillo son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por otros pagadores calificados.

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

### Costo compartido estándar minorista

Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$15	\$30	\$45
Nivel 2 (Genérico)	\$20	\$40	\$60
Nivel 3 (Marca preferida)	\$35	\$70	\$105
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$50	\$100	\$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	\$80	No está disponible	No está disponible

### Costo compartido preferido minorista y de pedido por correo

Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$10	\$20	\$30
Nivel 2 (Genérico)	\$15	\$30	\$45
Nivel 3 (Marca preferida)	\$30	\$60	\$90
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$45	\$90	\$135
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	\$75	No está disponible	No está disponible

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 puede pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

## Cobertura para catástrofes

Después de que los costos anuales que usted paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$6,550, usted paga el valor mayor de:

- 5% del precio negociado del plan, o
- Copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

## Beneficios médicos adicionales

	Preferred (HMO)
<b>Acupuntura</b> <sup>1,2</sup>	<p>Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura dentro de 90 días de dolor crónico de espalda baja, y 8 días adicionales si se nota mejoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20 por consulta</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies (Servicios de podología)</b> <sup>1,2</sup>	<p>Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple ciertos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul>
<b>Equipo/ Suministros médicos</b> (Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados) <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% del costo</li> </ul> <p><u>Calzado o plantillas terapéuticos y dispositivos prostéticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo</li> </ul>
<b>Programas de bienestar</b> (ej., ejercicios)	Programa de ejercicios SilverSneakers®– Membresía básica a gimnasios incluyendo clases de ejercicios. Usted no paga nada.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Cuidado quiropráctico</b> <sup>1,2</sup>	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más partes de los huesos de su columna se mueven fuera de posición): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul>
<b>Capacitación sobre autocontrol de la diabetes</b> <sup>1,2</sup>	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>
<b>Hospicio</b>	Usted no paga nada por cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar por parte del costo de los medicamentos y del relevo de descanso al cuidador. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor comuníquese con nosotros para más detalles.
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> <sup>1,2</sup>	Consulta de terapia individual o grupal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>
<b>Cirugía ambulatoria</b> <sup>1,2</sup>	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$150</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	No están cubiertos.
<b>Diálisis del riñón</b> <sup>1,2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.

	<b>Preferred (HMO)</b>
<b>Consultas de Telemedicina</b>	Las consultas electrónicas (E-visits) y por video son un beneficio cubierto de los médicos de atención de salud primaria (PCP) y de los especialistas contratados por Kelsey-Seybold.
	<u>Consultas E-Visit / por video / por teléfono</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP \$0</li> <li>• Especialista \$15</li> </ul>
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> <sup>1,2</sup>	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en el transcurso de 36 semanas):
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul> <u>Consulta de terapia ocupacional:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$15</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden necesitar autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden necesitar un referido de su médico.





KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators LLC, un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación de un contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.