

2021

Aviso Anual de Cambios

Essential+Choice (HMO-POS)



Toll-free 1-866-535-8343, TTY 711



www.kelseycareadvantage.com

KelseyCare Advantage
★ ★ ★ ★ ★

KelseyCare Advantage Essential+Choice (HMO-POS) ***ofrecido por KS Plan Administrators, LLC***

Notificación anual de cambios para 2021

En la actualidad, está inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Essential+Choice. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

- **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 a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.4 para obtener más información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus doctores y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus doctores, incluidos los especialistas que consulta con frecuencia, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca del *Directorio de Proveedores*.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción 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 2020, se inscribirá en KelseyCare Advantage Essential+Choice.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se inscribirá en KelseyCare Advantage Essential+Choice.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible gratis en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o llame al número de teléfono gratuito 1-866-535-8343 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante este período, los sábados, domingos y días festivos, nuestro sistema de buzón de voz maneja las llamadas.
- También podemos proporcionarle información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, cuando se lo solicite. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este documento) para obtener más información.

- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio' (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de KelseyCare Advantage Essential+Choice

- KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, un HMO-POS de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de una renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro/a,” hace referencia a KS Plan Administrators, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” hace referencia a KelseyCare Advantage Essential+Choice.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 los costos de KelseyCare Advantage Essential+Choice en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$0	\$0
Monto máximo de su bolsillo Esta es la <u>suma máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información)	\$3,400	\$3,450
Monto máximo de su bolsillo para los servicios (POS) que están fuera de la red Esta es la <u>suma máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que están fuera de la red y que fueron recibidos mediante el beneficio de punto de servicio POS. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$10,000	\$10,000
Consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red: Consultas de atención médica primaria: \$0 por consulta. Consultas especiales: \$20 por consulta.	Dentro de la red: Consultas de atención primaria: \$0 por consulta. Consultas especiales: \$20 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>\$500 de copago por cada ingreso hospitalario por afecciones agudas por día para los días 1 a 90.</p> <p>90 días cubiertos por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida, que solo pueden utilizarse una vez por año.</p> <p>\$0 de copago por día para los días de reserva de por vida 1 a 60.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>\$150 de copago por cada ingreso hospitalario por afecciones agudas por día para los días 1 a 4.</p> <p>Máximo de \$600 por hospitalización.</p> <p>\$0 de copago por día para los días 5 a 90.</p> <p>90 días cubiertos por período de beneficios sin límite en la cantidad de períodos de beneficios. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva disponibles para utilizar durante toda su vida.</p> <p>\$0 de copago por día para los días de reserva de por vida 1-60.</p>

Aviso anual de cambios para 2021
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Essential+Choice	11
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	11
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	12
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	13
SECCIÓN 6 Preguntas	14
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Essential+Choice	14
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	15

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Prima mensual con beneficios dentales suplementarios y opcionales La prima de este plan se aplica a usted solamente si está inscrito en los beneficios dentales suplementarios y opcionales. (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$38.80	\$32.80

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante 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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo dentro de la red Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo de su bolsillo dentro de la red.	\$3,400	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 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 por el resto del año calendario.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo para los puntos de servicios (POS) que están fuera de la red Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios POS fuera de la red.	\$10,000	\$10,000 Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B que están fuera de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com se encuentra disponible un *Directorio de Proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores*. **Revise el Directorio de Proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan pero si su médico o especialista deja de estar en el plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su 2021 *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Acupuntura	<p>Dentro de la red: La acupuntura no es un beneficio cubierto del 1 al 20 de enero de 2020.</p> <p>A partir del 21 de enero de 2020, su copago es de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Su copago es de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
Artículos de venta libre (OTC)	Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> están cubiertos.	Usted recibe \$25 por trimestre para artículos de venta libre a través de farmacias seleccionadas. Los montos que no se utilicen no se trasladan al siguiente trimestre ni año calendario.
Asistencia remota	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por cada consulta electrónica al PCP.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada consulta electrónica al especialista.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada consulta al PCP por video.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por cada consulta electrónica al PCP, por video o por teléfono.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada consulta electrónica al especialista, por video o por teléfono.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Asistencia remota (continuación)	Usted paga \$20 de copago por cada consulta a un especialista por video.	
Atención de salud mental para pacientes internados	<p>Fuera de la red: Usted paga \$500 de copago por cada ingreso de cuidados agudos de salud mental para pacientes internados.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga \$150 de copago por día hasta el día 4 por ingreso. Máximo de \$600 por hospitalización. 90 días cubiertos por período de beneficios, no hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. 60 días de reserva de por vida : \$0 de copago por día. 40 días adicionales de hospitalización psiquiátrica de por vida : \$0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan paga cuando los miembros están en un hospital durante una cantidad de días superior a los días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse de por vida. El plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales de hospitalización psiquiátrica se ofrecen una vez durante toda la vida del beneficiario.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes internados (continuación)</p>		<p>Se aplican los períodos de beneficios de atención hospitalaria de Medicare. En cuanto a la atención hospitalaria para pacientes internados, los gastos compartidos descritos se aplicarán cada vez que usted ingrese en el hospital. El traslado a un centro diferente (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados por afecciones agudas u otro hospital de atención médica de afecciones agudas) se considera un nuevo ingreso.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red: Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Usted paga \$500 de copago por día para cada admisión en el hospital. Usted paga \$500 de copago por día para los días 1 a 90. 90 días cubiertos por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida, que solo pueden utilizarse una vez por año. Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de reserva de por vida.</p>	<p>Dentro de la red: Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Usted paga \$150 de copago por día para los días 1 a 4. Máximo de \$600 por hospitalización. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 a 90. 90 días cubiertos por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida, que solo se pueden usar una vez al año. Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 a 60 de reserva de por vida.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención médica a conveniencia	Dentro de la red: La atención médica a conveniencia <u>no</u> está cubierta.	Dentro de la red: El plan cubre la atención médica a conveniencia en Minute Clinic de CVS solamente. Usted paga \$25 de copago por consulta.
Medicamentos de la parte B	Dentro de la red: Los medicamentos de la parte B <u>no</u> están sujetos a los requisitos de la terapia progresiva.	Dentro de la red: Los medicamentos de la Parte B <u>pueden</u> estar sujetos a los requisitos de la terapia progresiva.
Servicios ambulatorios de salud mental	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.
Servicios de ambulancia	Dentro de la red: Usted paga \$100 de copago por cada tramo de traslado en ambulancia cubierto por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$200 de copago por cada tramo de traslado en ambulancia cubierto por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por día.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por día.
Servicios de la audición	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago para un (1) examen de audición de rutina cada año.	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago para un (1) examen de audición de rutina cada año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de la audición (continuación)	Usted tiene \$500 de asignación del plan para audífonos cada año.	Usted tiene una asignación máxima de \$750 por oído que se tiene en cuenta para calcular el costo de audífonos no implantables cada tres años.
Servicios dentales	<p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 50 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare. La atención dental de rutina no está cubierta a menos que se haya inscrito en nuestro plan opcional de beneficios dentales suplementarios.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Usted paga \$25 de copago por los siguientes servicios dentales preventivos: Limpieza: 1 cada 6 meses Radiografías dentales: 1 por año Examen bucal: 1 cada 36 meses</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un seguro compartido del 50 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Los servicios dentales preventivos no están cubiertos fuera de la red.</p>
Tratamiento de diálisis renal	Fuera de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada tratamiento de diálisis renal.	Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20 % por cada tratamiento de diálisis renal.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Essential+Choice

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

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente a tiempo,
- *O* Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede que haya una multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y usted), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en KelseyCare Advantage Essential+Choice.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en KelseyCare Advantage Essential+Choice.

- Para cambiarse a **Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros (en la Sección 6.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - , o 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 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare original 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 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, es posible que se les permita realizar un cambio en otros momentos del año a 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 a personas que se mudan fuera del área de servicio. Para más información, consulte el Capítulo 8, sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021, y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP recibe el nombre de Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) en asociación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguro médico a nivel local y en forma **gratuita** a las personas que tienen Medicare.

Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) Los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede comunicarse con el Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) en asociación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-9240. Para obtener más información acerca del Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) visite el sitio web (hhs.texas.gov).

SECCIÓN 5 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.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus 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 a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al
 - 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;
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a la
 - Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado El Programa de salud renal de Texas (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este documento).

- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta del a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de gasto compartido en los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre del plan de la Parte D de Medicare. O puede llamar al Programa de medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

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

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Essential+Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los feriados nacionales.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalles 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 2021. Para obtener más detalles, consulte la 2021 *Evidencia de Cobertura* de KelseyCare Advantage Essential+Choice. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede visitar 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. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las 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 (www.medicare.gov) 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.

Method	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto	
Call	1-866-535-8343 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante este período, los sábados, domingos y feriados, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.	
TTY	711 <i>(Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.)</i> Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante este período, los sábados, domingos y feriados, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz.	
Fax	713-442-5450	
Write	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- OR - P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Website	www.kelseycareadvantage.com	

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare

METHOD	Departamento de Servicios para Salud y Servicios Humanos– Información de contacto
CALL	1-800-252-9240 or 512-424-6500 – De Lunes a Viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY	Servicio de retransmisión de Texas 1-800-735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
WRITE	The Texas Department of Salud y Servicios Humanos P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Website	www.hhs.texas.gov

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.