

2021

Resumen de Beneficios

Essential (HMO)

Essential+Choice (HMO-POS)



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



www.kelseycareadvantage.com

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 servicio al cliente al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (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 www.KelseyCareAdvantage.com o llame al 1-866-535-8343 (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, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.

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, 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 Essential+ Choice (HMO-POS).
	El plan KelseyCare Advantage Essential+ Choice le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo y facturar a KelseyCare Advantage. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

Consejos para comparar sus opciones de Medicare	<p>Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Essential (HMO) y KelseyCare Advantage Essential+Choice (HMO-POS) 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"> • 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 http://www.medicare.gov. • 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 http://www.medicare.gov 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. 	
Secciones en este folleto	<ul style="list-style-type: none"> • Cosas que debe saber sobre KelseyCare Advantage Essential (HMO) y KelseyCare Advantage Essential +Choice (HMO-POS) • Prima mensual, deducible, Límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos • Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos 	
Horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro. • Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro. 	
Números de teléfono y página web	<ul style="list-style-type: none"> • Si es miembro de este plan, llame al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Si no es miembro de este plan, llame sin cargo al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Nuestra página web: www.kelseycareadvantage.com 	
¿Quién puede inscribirse?	<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>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Harris, Brazoria, Fort Bend, Montgomery y Galveston (excluyendo la isla).</p>	
¿Qué médicos y hospitales puedo utilizar?	<p>Plan Essential: Tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.</p>	<p>Plan Essential+Choice: Tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. <i>Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.</i></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 ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

¿Qué cubrimos?	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.</p> <p>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. Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>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>Cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Estos planes no cubren los medicamentos recetados de la Parte D.</p>
-----------------------	---

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² 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

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
¿Cuánto cuesta la prima mensual?	<p>\$0 por mes.</p> <p>KelseyCare Advantage reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta \$10 por mes</p>	<p>\$0 por mes.</p>
Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
¿Cuánto cuesta el deducible?	Este plan no tiene deducible médico.	
¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	<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>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B.</p>	
(Responsabilidad máxima que paga de su propio bolsillo)	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.
¿Existe un límite sobre cuánto pagará el plan?	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 ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Cobertura para pacientes hospitalizados ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>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. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días, por periodo de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día durante días de reserva de por vida (si está disponible) 	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>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. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días, por periodo de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día durante días de reserva de por vida (si está disponible) <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$1,000 por periodo de beneficios durante los días 1 a 60 • Copago de \$250 por día para los días 61 a 90 • Copago de \$500 por día para los días 91 a 150
Cobertura para pacientes ambulatorios ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro para todos los servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$250 <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% de coseguro para todos los servicios ASC cubiertos por Medicare
Consultas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas) ^{1,2}	<u>Consulta en un consultorio:</u> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de atención primaria: Copago de \$0 Consulta con un especialista: Copago de \$20 	<u>Consulta en un consultorio dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de atención primaria: Copago de \$0 Consulta con un especialista: Copago de \$20 <u>Consulta en un consultorio fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de atención primaria: 50% del costo Consulta con un especialista: 20% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Atención preventiva¹	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 50% del costo
	<p>Otros servicios preventivos incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Examen de detección del cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Asesoramiento y detección de obesidad • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluyendo las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Consulta anual de "bienestar" <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>	
Atención de emergencia	<p>Copago de \$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>	
Servicios de urgencia	<p>Copago de \$25</p>	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Servicios de diagnóstico, de laboratorios e imágenes ^{1,2}	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p><u>Radiografías para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p><u>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50 	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Radiografías para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$50 • Fuera de la red: 20% del costo
Servicios de audición ^{1,2}	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p><u>Examen de audición de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año. <p><u>Asignación para audífonos:</u> Nuestro plan paga hasta \$750 por oído cada 3 años para audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Examen de audición de rutina (solo dentro de la red):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año. <p><u>Asignación para audífonos:</u> Nuestro plan paga hasta \$750 por oído cada 3 años para audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Servicios dentales (odontología médica)^{1,2}	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 50% para servicios dentales cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos	<p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 por consulta <p><u>Limpieza:</u> 1 cada seis meses <u>Radiografía(s) dental(es):</u> 1 por año <u>Examen oral:</u> 1 cada seis meses</p>	<p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 por consulta <p><u>Limpieza:</u> 1 cada seis meses <u>Radiografía(s) dental(es):</u> 1 por año <u>Examen oral:</u> 1 cada seis meses</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> No están cubiertos
Servicios dentales opcionales (Integrales) (aplican solo si son comprados)	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un plan dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$32.80.</p> <p><u>Descripción de cobertura:</u> Máximo anual - \$3,000 Deducible anual - \$25 Servicios básicos (Tipo II) – Usted paga 20% Servicios mayores (Tipo III) – Usted paga 50% <i>Periodo de espera – Existe un periodo de espera de 12 meses para todos los servicios de Tipo III.</i></p>	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un plan dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$32.80.</p>
Servicios de la visión	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo el examen anual de glaucoma)	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p><u>Examen de rutina de la visión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por 1 examen de rutina de la visión cada año • Asignación de \$75 cada año para lentes de contacto o anteojos. <p><u>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Examen de rutina de la visión (Solo dentro de la red):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por 1 examen de rutina de la visión cada año • Asignación de \$75 cada año para lentes de contacto o anteojos. <p><u>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas • <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo hasta lo permitido por Medicare.
Servicios de salud mental (incluyendo para pacientes hospitalizado) ^{1,2}	<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>	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <p><u>Consulta de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$1,000 por hospitalización por período de beneficios para los días 1 a 60 • Copago de \$250 por día para los días 61 a 90 • Copago de \$500 por día para los días 91 a 150 <p><u>Consulta de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 50% del costo
Centros de Enfermería Especializada (SNF) ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$125 por día para los días 21 a 100 	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$125 por día para los días 21 a 100 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo por hospitalización
Terapia física ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo
Ambulancia (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$200 por cada viaje de ida 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$200 por cada viaje de ida <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo* <p>* Aplica a servicios de ambulancia que no son de emergencia</p>

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

Transporte	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Este plan cubre 20 viajes de ida a locaciones aprobadas por el plan cada año. El transporte es limitado a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p>	
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo 	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

Beneficios médicos adicionales

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Acupuntura ^{1,2}	<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"> Copago de \$20 por consulta 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por consulta <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo
Cuidado de los pies (Servicios de podología) ^{1,2}	<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"> Copago de \$20 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo
Equipo/ Suministros médicos (Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados) ¹	<ul style="list-style-type: none"> 20% del costo <p><u>Suministros para monitorear la diabetes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Usted no paga nada para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan). Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control. Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas. <p><u>Calzado o plantillas terapéuticos y dispositivos prostéticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo <p><u>Monitores continuos de glucosa – Marcas preferidas: Dexcom y Libre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo en el proveedor DME 15% del costo en la farmacia Las marcas no preferidas no están cubiertas 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Dentro de la red:</u> 20% del costo <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo <p><u>Suministros para monitorear la diabetes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Usted no paga nada para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan). Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control. Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas. Fuera de la red: 50% del costo (aún si las marcas preferidas son utilizadas) <p><u>Calzado o plantillas terapéuticos y dispositivos prostéticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: 20% del costo Fuera de la red: 50% del costo <p><u>Monitores continuos de glucosa – Marcas preferidas: Dexcom y Libre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo en el proveedor DME 15% del costo en la farmacia Las marcas no preferidas no están cubiertas

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Programas de bienestar (ej., ejercicios)	Programa de ejercicios SilverSneakers®– Membresía básica a gimnasios incluyendo clases de ejercicios. Usted no paga nada.	
Cuidado quiropráctico ^{1,2}	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"> • Copago de \$20 	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"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 20% del costo
Capacitación sobre autocontrol de la diabetes ^{1,2}	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 50% del costo
Atención médica a domicilio ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$10 • Fuera de la red: 50% del costo
Hospicio	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.	
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios ^{1,2}	Consulta de terapia individual o grupal: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 	Consulta de terapia individual o grupal: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 50% del costo
Cirugía ambulatoria ^{1,2}	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$250 	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$250 • Fuera de la red: 20% del costo
Centro de cirugía ambulatoria ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$225 • Fuera de la red: 20% del costo
Artículos de venta libre (OTC)	Asignación de hasta \$25 cada tres meses para la compra de seleccionados suministros OTC en farmacias seleccionadas.	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
Diálisis del riñón 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 20% del costo • Fuera de la red: 50% del costo* <p>*Aplica a diálisis de riñón fuera de la red dentro del área de servicio</p>
Consultas de Telemedicina	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"> • PCP \$0 • Especialista \$15 	<u>Consultas E-Visit / por video / por teléfono</u> <ul style="list-style-type: none"> • PCP \$0 • Especialista \$15 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No están cubiertas
Rehabilitación para pacientes ambulatorios 1,2	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"> • Copago de \$20 <p><u>Consulta de terapia ocupacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 50% del costo <p><u>Consulta de terapia ocupacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$10 • Fuera de la red: 50% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² 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.