



2022 Aviso Anual de Cambios

El Essential Select (HMO-POS) plan ahora se llama **Silver Community (HMO-POS)**

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

H0332_007ANOC22_M

KelseyCare Advantage Silver Community (HMO-POS) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Essential Select. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto 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.
 - 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 2.1 y 2.4 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense acerca de los costos de atención médica 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. COMPARE: 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 contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en KelseyCare Advantage Silver Community.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en KelseyCare Advantage Silver Community.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Servicio de mensajería utilizado los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Este folleto también está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).

- **La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de KelseyCare Advantage Silver Community

- KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Silver Community.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para KelseyCare Advantage Silver Community en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
Deducible	<u>Dentro de la red:</u> \$0 <u>Fuera de la red:</u> \$500	<u>Dentro de la red:</u> \$0 <u>Fuera de la red:</u> \$500
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la red de la parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,450	\$3,450
Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B recibidos mediante el beneficio de POS. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$10,000	\$10,000

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: Coseguro del 50% por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Coseguro del 30% por consulta</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: Coseguro del 50% por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Coseguro del 30%</p>
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Máximo de \$600 por estadía.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$325 por estadía</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Para las hospitalizaciones con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$325.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Hospitalizaciones (continuación)	<u>Fuera de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Copago de \$1,000 para los días 1-60 Copago de \$250 por día para los días 61-90 Copago de \$500 por día para los días 91-150	<u>Fuera de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Coseguro del 40% por estadía (no se cobra si le diagnosticaron COVID-19).

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	9
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	9
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Silver Community	9
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	11
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	11
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	12
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	13
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Silver Community.....	13
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	13

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de KelseyCare Advantage Essential Select a KelseyCare Advantage Silver Community.

En diciembre de 2021, usted recibirá una tarjeta de identificación nueva. Su nueva tarjeta de identificación reflejará el cambio en el nombre del plan de KelseyCare Advantage Essential Select a KelseyCare Advantage Silver Community.

Los únicos cambios en el plan en el que está inscrito figuran en el documento. No es necesario que llame a Servicios para los miembros sobre el cambio de nombre.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Prima mensual para Beneficios complementarios opcionales de odontología La prima de este plan aplica a usted solamente si está inscrito en los Beneficios complementarios opcionales de odontología. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$32.80	\$32.80

Sección 2.2 – 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.</p>	\$3,450	<p>\$3,450</p> <p>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 durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios POS fuera de la red.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* 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 un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al 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 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 controlando 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 2.4 – 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 *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día. Máximo de \$600 por estadía</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un copago de \$1,000 para los días 1-60 Copago de \$250 por día para los días 61-90 Copago de \$500 por día para los días 91-150</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un copago de \$325 por estadía. 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día. Para las hospitalizaciones con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$325.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un coseguro del 40% por estadía (no se cobra si le diagnosticaron COVID-19).</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90 Máximo de \$600 por estadía</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$1,000 para los días 1-60 Copago de \$250 por día para los días 61-90 Copago de \$500 por día para los días 91-150</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$325 por estadía.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga un coseguro del 40% por estadía.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Beneficio de comidas	<u>Dentro de la red:</u> No está cubierto	<u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 comidas al día durante los 7 días después del alta de una hospitalización con un diagnóstico de COVID-19. Se requiere autorización previa.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

La siguiente información describe los cambios administrativos para el próximo año.

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Remisiones de punto de servicio	Se requiere una remisión para determinados beneficios de POS.	<u>No</u> se requiere una remisión para los beneficios de POS.
Artículos de venta libre	Los artículos de venta libre elegibles están disponibles en cualquier KelseyPharmacy.	Los artículos elegibles están disponibles en locaciones participantes de CVS y por pedido en línea o por teléfono a través del catálogo del plan para entrega a su domicilio mediante OTC Health Solutions.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Silver Community

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

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Silver Community se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Silver Community se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (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 seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) visite su sitio web (<https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. 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 oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Programa de salud renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y de estado de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

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

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

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Silver Community

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Servicio de mensajería utilizado los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para KelseyCare Advantage Silver Community. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene 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 a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto 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 folleto, 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	<p>1-866-535-8343</p> <p>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.</p> <p>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. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>	
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>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.</p> <p>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. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>	
Fax	713-442-5450	
Write	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584</p>	<p>- OR - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
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	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
CALL	1-800-252-9240
TTY	<p>1-800-735-2989</p> <p>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.</p>
WRITE	<p>701 West 51st Street MC: W352 Austin, TX 78751</p>
Website	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

® El logotipo de CVS Caremark es una marca comercial y/o marca comercial registrada de CVS Caremark y/o una de sus filiales.

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.