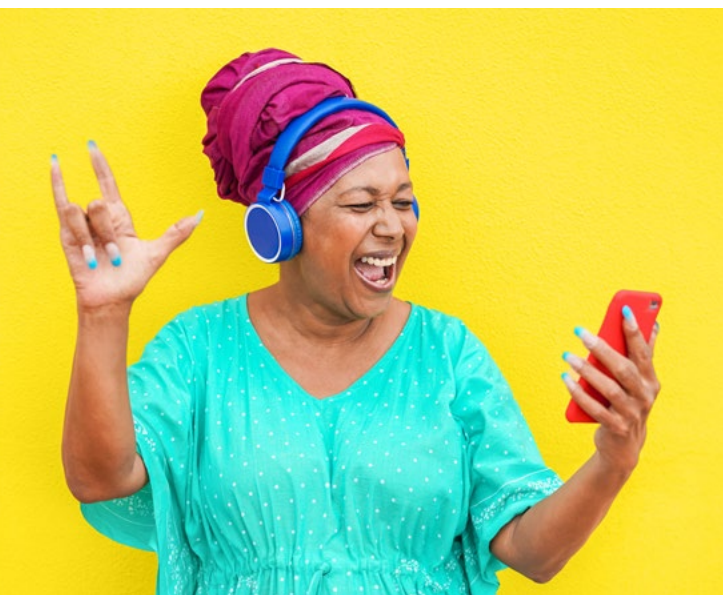


# KelseyCare Advantage

SILVER and SILVER *freedom*  
(HMO) (HMO-POS)

## 2022 RESUMEN DE BENEFICIOS



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que 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).

### Comprender los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un médico. Visite <a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a> o llame al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo médico.

### Comprender reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
	Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2023.
	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 Silver Freedom.
	El plan KelseyCare Advantage Silver Freedom permite que lo atiendan proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

<p><b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b></p>	<p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubren KelseyCare Advantage Silver (HMO) y KelseyCare Advantage Silver Freedom (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 “<i>Evidencia de cobertura</i>”.</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.</li> <li>• Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “<i>Medicare &amp; You</i>” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>
<p><b>Secciones en este folleto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué debe saber sobre KelseyCare Advantage Silver y KelseyCare Advantage Silver Freedom</li> <li>• Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos</li> <li>• Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos</li> </ul>
<p><b>Horario de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días feriados federales.</li> </ul>
<p><b>Números de teléfono y sitio web</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es miembro de este plan, llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Si no es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Nuestro sitio web: <a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a></li> </ul>
<p><b>¿Quién puede afiliarse?</b></p>	<p>Para afiliarse a KelseyCare Advantage, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p><b>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas:</b> Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery y Galveston (excluida la isla).</p>

<p><b>¿Qué médicos y hospitales puedo utilizar?</b></p>	<p><b>KelseyCare Advantage Silver:</b>  Cuenta con 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 esos servicios.</p>	<p><b>KelseyCare Advantage Silver Freedom:</b>  Cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. <i>Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no estén en nuestra red.</i></p>
<p>Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p>		
<p><b>¿Qué cubrimos?</b></p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.</p> <p><b>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare.</b> Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se indican en este folleto.</p> <p>Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Estos planes no cubren los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	

## Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>¿Cuánto cuesta la prima mensual?</b>	\$0 por mes. KelseyCare Advantage reducirá el pago de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$10 al mes.	\$0 por mes.
	Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
<b>¿Cuánto cuesta el deducible?</b>	Estos planes no tienen deducible médico.	
<b>¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</b>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p><b>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B.</b></p>	
(Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo)	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul>	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul>
<b>¿Existe algún límite sobre cuánto pagará el plan?</b>	Nuestro plan tiene un límite de cobertura por año para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios aplican.	

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> <sup>1,2</sup>	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía hospitalaria para pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$325 por estadía*</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía hospitalaria para pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$325 por estadía*</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40% por estadía</li> </ul>
	* El costo compartido de la estadía hospitalaria para pacientes agudos internados no se cobra si le diagnosticaron COVID-19	
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$250</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$250</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$225</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$225</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul>
<b>Consultas médicas</b> (proveedores de atención primaria y especialistas) <sup>1,2</sup>	<p><u>Visita a un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Visita a un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Visita a un consultorio fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$10</li> <li>• Consulta con un especialista*: Copago de \$35</li> </ul> <p>* Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Atención preventiva</b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>
	<p>Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>Medición de la masa ósea</li> <li>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>Prueba de detección de depresión</li> <li>Prueba de detección de diabetes</li> <li>Prueba de detección de VIH</li> <li>Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>Prueba de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate-specific antigen, PSA)</li> <li>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</li> <li>Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo</li> <li>Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>Consulta anual de "bienestar"</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>	
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer otros costos.</p>	
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>Copago de \$25</p>	

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> </ul> <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$50</li> </ul>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Copago de \$0 en LabCorp o coseguro del 50% en cualquier otro proveedor</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$50</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 20%</li> </ul>
<b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina por año.</li> </ul> <p><u>Prestación para audífonos:</u> Nuestro plan paga una cobertura máxima de hasta \$750 por oído para audífonos cada tres años. Usted paga todo monto por encima de la prestación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina por año.</li> </ul> <p><u>Prestación para audífonos:</u> Nuestro plan paga una cobertura máxima de hasta \$750 por oído para audífonos cada tres años. Usted paga todo monto por encima de la prestación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.



	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b> <sup>1,2</sup> (consulte la sección sobre beneficios adicionales para conocer otros servicios odontológicos disponibles)	<p><u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35</li> </ul>
<b>Atención de la vista</b>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 por año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La prestación solo puede usarse en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>• Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul> <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> </ul>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 por año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La prestación solo puede usarse en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>• Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20% por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>• Coseguro del 50% por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul> <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</li> <li>• <u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50% hasta la tasa permitida por Medicare.</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Servicios de salud mental</b> (incluso para pacientes internados) <sup>1,2</sup>	<p><u>Para pacientes internados:</u> Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se presten en un hospital general.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$325 por estadía</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$325 por estadía</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40% por estadía</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35</li> </ul>
<b>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b> <sup>1,2</sup>	<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"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1-20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días 21-100</li> </ul>	<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"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1-20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días 21-100</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50% por estadía</li> </ul>
<b>Fisioterapia</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$40</li> </ul>
<b>Ambulancia</b> (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por cada viaje solo de ida</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$200 por cada viaje solo de ida</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$250 por cada viaje solo de ida en ambulancia terrestre</li> <li>• Coseguro del 50% por cada viaje solo de ida en ambulancia aérea</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p>Este plan cubre hasta 20 viajes solo de ida por año a lugares aprobados por el plan. El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p>	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

## Beneficios médicos adicionales

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Acupuntura</b> <sup>1,2</sup>	Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura en un plazo de 90 días para el dolor crónico en la parte baja de la espalda, y 8 sesiones adicionales si se observa una mejoría. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.	
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b> <sup>1,2</sup>	Exámenes y tratamiento para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionadas con la diabetes o cumple ciertos requisitos.	
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>
<b>Comidas</b> <sup>1</sup>	Usted paga un copago de \$0 para hasta 2 comidas al día durante 7 días después del alta de una hospitalización con un diagnóstico de COVID-19.	
<b>Equipo médico y suministros</b> (equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados) <sup>1</sup>	<u>Equipo médico duradero:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Equipo médico duradero:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50% (incluso si se utilizan marcas preferidas)</li> </ul>
	<u>Suministros para el control de la diabetes:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control. Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</li> </ul>	<u>Suministros para el control de la diabetes:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.</li> <li>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Equipo médico y suministros (continuación)</b>	<p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom y FreeStyle Libre:</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores continuos de glucosa en sangre: 15% del costo en una farmacia minorista y 20% del costo en el proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). Coseguro del 20% para cualquier otro DME. Los monitores continuos de glucosa en sangre preferidos son Dexcom y FreeStyle Libre; todos los demás monitores continuos de glucosa en sangre están excluidos.</li> <li>• Las marcas no preferidas no están cubiertas.</li> </ul>	<p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50% (incluso si se utilizan marcas preferidas)</li> </ul> <p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom y FreeStyle Libre:</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores continuos de glucosa en sangre: 15% del costo en una farmacia minorista y 20% del costo en el proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). Coseguro del 20% para cualquier otro DME. Los monitores continuos de glucosa en sangre preferidos son Dexcom y FreeStyle Libre; todos los demás monitores continuos de glucosa en sangre están excluidos.</li> <li>• Las marcas no preferidas no están cubiertas.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertos</li> </ul>
<b>Programas de bienestar</b> (p. ej., de ejercicio)	Usted paga un copago de \$0 por el programa de ejercicios SilverSneakers® (membresía básica para gimnasios, incluidas clases de ejercicios).	
<b>Atención quiropráctica<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>
<b>Hospicio</b>	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de alivio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.	
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>
<b>Cirugía<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$250 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$225 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$250 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$225 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted recibe hasta \$50 cada tres meses, que puede utilizar para comprar artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega a domicilio.	
<b>Diálisis renal<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Consultas por telemedicina</b>	Las consultas electrónicas y por video con médicos de atención primaria (primary care physician, PCP) y especialistas contratados por Kelsey-Seybold son un beneficio cubierto.	
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un especialista o proveedor de salud mental: Copago de \$15</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un especialista o proveedor de salud mental: Copago de \$15</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertas</li> </ul>
<b>Rehabilitación para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día y hasta 36 sesiones en un período de 36 semanas):	
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul> <u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50%</li> </ul> <u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.

	<b>KelseyCare Advantage Silver (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Silver Freedom (HMO-POS)</b>
<b>Servicios odontológicos preventivos</b>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$25 por consulta</li> </ul> <p><u>Evaluación bucodental periódica:</u> 1 cada 6 meses</p> <p><u>Evaluación bucodental integral:</u> 1 cada 36 meses</p> <p><u>Evaluación bucodental limitada:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Serie completa de radiografías intrabucales:</u> 1 cada 36 meses</p> <p><u>Radiografía panorámica:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Dos radiografías de aleta de mordida:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Cuatro radiografías de aleta de mordida:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Limpieza:</u> 1 cada 6 meses</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$25 por consulta</li> </ul> <p><u>Evaluación bucodental periódica:</u> 1 cada 6 meses</p> <p><u>Evaluación bucodental integral:</u> 1 cada 36 meses</p> <p><u>Evaluación bucodental limitada:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Serie completa de radiografías intrabucales:</u> 1 cada 36 meses</p> <p><u>Radiografía panorámica:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Dos radiografías de aleta de mordida:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Cuatro radiografías de aleta de mordida:</u> 1 cada 12 meses</p> <p><u>Limpieza:</u> 1 cada 6 meses</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No están cubiertos</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos integrales</b>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <p><u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u></p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 al año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <p><u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u></p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 al año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No están cubiertos</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su médico.





Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-535-8343 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Comuníquese con el plan para obtener más información.