



2023 Aviso Anual de Cambio

KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC

Aviso anual de cambios para 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra 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*).

- **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.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- 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. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*.
- 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 2022, permanecerá en KelseyCare Advantage Gold Freedom.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto cancelará su inscripción con KelseyCare Advantage Gold Freedom.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

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. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Este documento 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 7.1 de este documento).
- **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 Gold Freedom

- 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 documento 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 Gold Freedom.

H0332_004ANOC23_M

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores	9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Gold Freedom.....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	20
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Gold Freedom	21
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	21

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para KelseyCare Advantage Gold Freedom en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
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 1.2 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 1.2 para obtener detalles).	\$10,000	\$10,000

Costo	2022 (este año)	2023 (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 \$25 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas*: Copago de \$35</p> <p>*Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas*: Copago de \$35</p> <p>*Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$375 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 de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$375 para cuidados agudos de pacientes internados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$375 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 de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$375 para cuidados agudos de pacientes internados.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones (continuación)</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Coseguro del 40% por estadía</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Coseguro del 40% por estadía</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles). (costo por un suministro de 30 días)</p>	<p>Deducible: \$100 El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$3 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p>	<p>Deducible: \$100 El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$3 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$45 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$40	Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$45 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$40
	Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$90 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$80	Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$90 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$80
	Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Coseguro del 31% <i>Costo compartido preferido:</i> Coseguro del 31%	Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Coseguro del 31% <i>Costo compartido preferido:</i> Coseguro del 31%
	Medicamentos de Nivel 6: No están cubiertos	Medicamentos de Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$0 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” para 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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<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 los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de POS fuera de la red. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</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 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores

Los Directorios actualizados también se encuentran disponibles en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2023* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2023* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos asistirlo.

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

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (servicios integrales no cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios que no sean de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental (D9110): 1 consulta por año <p>Las consultas para servicios de endodoncia <u>no</u> están cubiertas.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios de periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad ilimitada de consultas <p>Beneficio máximo anual de \$1,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios que no sean de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental (D9110): consultas ilimitadas hasta el máximo anual de beneficios <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios de endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento final: 1 de por vida • Todas las demás endodoncias: ilimitadas hasta el máximo anual de beneficios <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios de periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de periodoncia no quirúrgico: 1 cada 12 meses • Mantenimiento periodontal: 1 cada 6 meses <p>Beneficio máximo anual de \$2,000 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (preventivos)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta preventiva a un consultorio odontológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación oral periódica (D0120): 1 cada 6 meses • Evaluación oral limitada (D0140): 1 cada 12 meses • Evaluación oral integral (D0150): 1 cada 12 meses • Evaluación oral exhaustiva (D0160): <u>No</u> está cubierta. • Serie completa de radiográficas intraorales (D0210): 1 cada 36 meses • Radiografías/diagnóstico por imágenes (D0272, D0274, D0330): 1 cada 12 meses • Profilaxis – Limpieza (D1110): 1 limpieza cada 6 meses <p>Beneficio máximo anual de \$1,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada consulta preventiva a un consultorio odontológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación oral periódica (D0120): 1 cada 6 meses • Evaluación oral limitada (D0140): 1 cada 12 meses • Evaluación oral integral (D0150): 1 cada 12 meses • Evaluación oral exhaustiva (D0160): 1 cada 12 meses • Radiografías/diagnóstico por imágenes (D0210, D0220, D0230, D0240, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330): 1 cada 12 meses • Profilaxis – Limpieza (D1110): 1 limpieza cada 6 meses <p>Beneficio máximo anual de \$2,000 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Tarjeta Flex Wallet</p>	<p>La tarjeta Flex Wallet <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Su cobertura incluye un beneficio de \$500 anuales con la tarjeta Flex para asignaciones odontológicas, auditivas y de la vista. Usted puede utilizar sus asignaciones para pagar por los montos de su bolsillo adeudados a estos proveedores. Tendrá acceso a estos fondos mediante una tarjeta de débito emitida.</p> <p>Las asignaciones no utilizadas no se transferirán al siguiente año calendario.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para los artículos de venta libre.</p> <p>Usted recibe hasta \$25 cada mes. Las porciones no utilizadas no se transferirán al siguiente período.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para los artículos de venta libre.</p> <p>Usted recibe hasta \$95 por trimestre. Las porciones no utilizadas no se transferirán al siguiente trimestre.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar (cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de transporte</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para los servicios de transporte (hasta 20 viajes solo de ida cada año a lugares aprobados por el plan).</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para los servicios de transporte (viajes ilimitados cada año a lugares aprobados por el plan).</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, y un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$15 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$15 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$0 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 6, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta.</p>	<p>Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta.</p>
	<p>Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%.</p>	<p>Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%.</p>
	<p>Nivel 6: No está cubierto.</p>	<p>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	Apelaciones y reclamos sobre KelseyCare Advantage LLAME A: 1-866-535-8343 TTY 711 FAX: 713-442-9536 ESCRIBA A: KelseyCare Advantage ATTN: Appeals and Grievances P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832	Autorización previa de CVS Caremark® Llame a: 1-888-970-0914 TTY 711 Fax: 1-855-633-7673 Escriba a: CVS Caremark® P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
Artículos de venta libre	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.	Los artículos elegibles están disponibles en locaciones participantes minoristas y por pedido en línea, por teléfono o por correo a través del catálogo del plan para entrega a su domicilio mediante Convey Health Solutions.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Gold Freedom

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 Gold Freedom.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse 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, consulte la Sección 1.1 con respecto a 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, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, KS Plan Administrators, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta 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 Gold Freedom 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 Gold Freedom 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. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *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 4 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 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen 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.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 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 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente 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).

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://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 6 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. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - 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.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN 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
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. 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). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Gold Freedom

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. 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. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* para KelseyCare Advantage Gold Freedom. 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*.

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*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023)

Consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-535-8343. Alguien que hable español puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务

Mayroon kaming libreng interpreter serbisyo upang sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming kalusugan o drug plan. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang tayo sa 1-866-535-8343. Makakatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

Nous avons des services d'interprète gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de soins de santé ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, appelez-nous au 1-866-535-8343. Quelqu'un qui parle Français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có được một thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-866-535-8343. Một người nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Wir haben kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie zu unserem Gesundheits- oder Drogenplan haben könnten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach unter 1-866-535-8343 an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Service.

우리는 당신이 우리의 건강 또는 약물 계획에 대해 가질 수 있는 질문에 대답 할 수 있는 무료 통역사 서비스를 제공합니다. 통역사를 얻으려면 1-866-535-8343 으로 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 당신을 도울 수 있습니다. 이것은 무료 서비스입니다.

У нас есть бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане здоровья или лекарств. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Тот, кто говорит по-русски, может вам помочь. Это бесплатная услуга.

لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديكم حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-535-8343 (الهاتف النصي). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Abbiamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero 1-866-535-8343. Qualcuno che parla italiano può aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

Temos serviços gratuitos de intérprete para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou drogas. Para conseguir um intérprete, basta nos ligar para 1-866-535-8343. Alguém que fale português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou sante nou oswa plan dwòg nou. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Mamy bezpłatne usługi tłumacza, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub narkotykowego. Aby uzyskać tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer 1-866-535-8343. Ktoś, kto mówi po polsku, może ci pomóc. Jest to bezpłatna usługa.

हमारे पास हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निशुल्क सेवा है।

無料の通訳サービスがあり、健康や薬物計画に関するご質問にお答えします。通訳を依頼するには、1-866-535-8343までお電話ください。日本語を話す人が助けてくれます。これは無料のサービスです。

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	<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
ESCRIBE	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
SITIO WEB	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.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	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>
ESCRIBE	<p>701 West 51st Street MC: W352 Austin, TX 78751</p>
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

®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.