KelseyCare Advantage

GOLD freedom (HMO-POS)

2023 RESUMEN DE BENEFICIOS

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

H0332_004SB23_M

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 *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un médico. Visite www.kelseycareadvantage.com o llame al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo médico.
	Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que usted deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

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 2024.
	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 Gold Freedom.
	El plan KelseyCare Advantage Gold 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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare	Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Gold 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 "*Evidencia de cobertura*". Consejos para comparar sus opciones de Medicare: • 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 http://www.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "*Medicare & You*" (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en http://www.medicare.gov, 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.
Secciones en este folleto	• Qué debe saber sobre KelseyCare Advantage Gold Freedom • Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos • Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos • Beneficios de medicamentos con receta
Horario de atención	• 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 en los días festivos federales.
Números de teléfono y sitio web	• Si es miembro de este plan, llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Si no es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Nuestro sitio web: www.kelseycareadvantage.com
¿Quién puede afiliarse?	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. **Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas:** Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery y Galveston (excluida la isla).

¿Qué médicos y hospitales puedo utilizar?	KelseyCare Advantage Gold Freedom cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores. *Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no estén en nuestra red.*
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 *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.	
¿Qué farmacias puedo utilizar?	Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias. Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.kelseycareadvantage.com). O bien, llámenos a los números de teléfono indicados anteriormente y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
¿Qué cubrimos?	Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. **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.** Para otros, es posible que pague menos. Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se indican en este folleto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.kelseycareadvantage.com). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?	Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de 6 “niveles”. Usted deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizamos las etapas de beneficios que hay después de que alcance su deducible: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
¿Cuánto cuesta la prima mensual?	$0 por mes. Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto cuesta el deducible?	Este plan no tiene deducible médico.
¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	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. **Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.**
(Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo)	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: • $3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • $10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.
¿Existe algún límite sobre cuánto pagará el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura por año para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios aplican.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados[1,2]	Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización 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. <u>Dentro de la red</u>: • Copago de $375 por estadía (no se cobra si le diagnosticaron COVID-19) • Copago de $0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <u>Fuera de la red</u>: • Coseguro del 40% por estadía (no se cobra si le diagnosticaron COVID-19)

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Cobertura hospitalaria para pacientes externos[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $300 Fuera de la red: • Coseguro del 20%
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $225 Fuera de la red: • Coseguro del 20%
Consultas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas)[1,2]	Visita a un consultorio dentro de la red: • Consulta de atención primaria: Copago de $0 • Consulta con un especialista: Copago de $25 Visita a un consultorio fuera de la red: • Consulta de atención primaria: Copago de $10 • Consulta con un especialista*: Copago de $35 * Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Atención preventiva	Dentro de la red: • Copago de $0 Fuera de la red: • Coseguro del 50%
	Los servicios preventivos incluyen lo siguiente: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate-specific antigen, PSA) • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) • Consulta anual de “bienestar” Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.
Atención de emergencia	Copago de $120 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.
Servicios de urgencia	Copago de $25

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes[1,2]	Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías): • Dentro de la red: Copago de $0 a $150, según el servicio • Fuera de la red: Coseguro del 20% Pruebas y procedimientos de diagnóstico: • Dentro de la red: Copago de $0 a $25, según el servicio • Fuera de la red: Coseguro del 20% Servicios de laboratorio: • Dentro de la red: Copago de $0 • Fuera de la red: Copago de $0 en LabCorp o coseguro del 50% en cualquier otro proveedor Radiografías para pacientes externos: • Dentro de la red: Copago de $0 • Fuera de la red: Copago de $20 Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): • Dentro de la red: Copago de $50 • Fuera de la red: Coseguro del 20%
Servicios auditivos[1,2]	Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio: • Dentro de la red: Copago de $25 • Fuera de la red: Coseguro del 20% Examen auditivo de rutina: • Dentro de la red: Copago de $0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina cada año. Asignación para audífonos: • Nuestro plan paga una cobertura máxima de hasta $750 por oído para audífonos cada tres años. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan.

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare [1,2] *(consulte la sección sobre beneficios adicionales para conocer otros servicios odontológicos disponibles)*	Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes): Dentro de la red: • Copago de $25 Fuera de la red: • Copago de $35
Atención de la vista	Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios: Solo dentro de la red: • Copago de $0 para 1 examen de la vista de rutina cada año Límite de cobertura del plan de $125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo puede usarse en una fecha de servicio. Dentro de la red: • Copago de $25 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. • Copago de $0 por cada prueba anual de detección de glaucoma Fuera de la red: • Coseguro del 20% por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. • Coseguro del 50% por cada prueba anual de detección de glaucoma Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: • Dentro de la red: Copago de $0 • Fuera de la red: Coseguro del 50% hasta la tasa permitida por Medicare

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Servicios de salud mental (incluso para pacientes internados)[1,2]	Para pacientes internados: 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. Dentro de la red: • Copago de $375 por estadía • Copago de $0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) Fuera de la red: • Coseguro del 40% por estadía Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos: • Dentro de la red: Copago de $20 • Fuera de la red: Copago de $35
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)[1,2]	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. Dentro de la red: • Copago de $0 por día para los días 1-20 Copago de $125 por día para los días 21-100 Fuera de la red: • Coseguro del 50% por estadía
Fisioterapia[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $10 Fuera de la red: • Copago de $40
Ambulancia *(Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)*	Dentro de la red: • Copago de $225 por cada viaje solo de ida Fuera de la red: • Copago de $250 por cada viaje solo de ida en ambulancia terrestre • Coseguro del 50% por cada viaje solo de ida en ambulancia aérea

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Transporte	• Copago de $0 Este plan cubre viajes ilimitados todos los años a lugares aprobados por el plan. El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare[1]	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B: Dentro de la red: • Coseguro del 20% Fuera de la red: • Coseguro del 20%

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

Beneficios de medicamentos con receta (Parte D)

Límite de cobertura inicial

Usted pagará un deducible anual de $100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. No hay deducible para las Insulinas Selectas. En la Etapa del deducible, los costos que paga de su bolsillo por estas Insulinas Selectas serán un copago de $30 a $35 por un suministro para 30 días. Después de pagar su deducible anual, usted paga lo que se indica abajo hasta que el costo anual total de sus medicamentos alcance los $4,660. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de medicamentos pagado por usted y por nuestro plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo de la red.

Costo compartido minorista estándar (límite de cobertura inicial)

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de $3	Copago de $6	Copago de $9
Nivel 2 (Genérico)	Copago de $15	Copago de $30	Copago de $45
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de $45	Copago de $90	Copago de $135
(Insulinas Selectas*)	Copago de $35	Copago de $70	Copago de $105
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de $90	Copago de $180	Copago de $270
Nivel 5 (De especialidad)	Coseguro del 31%	No hay suministros a largo plazo disponibles para los medicamentos de Nivel 5.	No hay suministros a largo plazo disponibles para los medicamentos de Nivel 5.
Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

** Las Insulinas Selectas del Nivel 3 están cubiertas por la participación del plan en el Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores del año calendario 2023. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para los miembros.*

Costo compartido minorista preferido y de pedido por correo (límite de cobertura inicial)

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de $40	Copago de $80	Copago de $100
(Insulinas Selectas*)	Copago de $30	Copago de $60	Copago de $75
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de $80	Copago de $160	Copago de $200
Nivel 5 (De especialidad)	Coseguro del 31%	No hay suministros a largo plazo disponibles para los medicamentos de Nivel 5.	No hay suministros a largo plazo disponibles para los medicamentos de Nivel 5.
Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

** Las Insulinas Selectas del Nivel 3 están cubiertas por la participación del plan en el Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores del año calendario 2023. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para los miembros.*

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista. Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado “intervalo de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los $4,660.

Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que los costos que pague de su bolsillo sumen $7,400, que indica el final del período sin cobertura. KelseyCare Advantage ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para medicamentos de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 6 e Insulinas Selectas. No todas las personas entrarán en el período sin cobertura.

En este plan, es posible que usted pague incluso menos por los medicamentos genéricos y de marca incluidos en el formulario. Su costo varía según el nivel. Deberá utilizar su formulario para localizar el nivel de su medicamento. Consulte el cuadro que aparece a continuación para averiguar cuánto le costará.

Costo compartido minorista estándar (período sin cobertura)

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	Copago de $3	Copago de $6	Copago de $9
Nivel 2 (Genérico)	Todos	Copago de $15	Copago de $30	Copago de $45
Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)	Todos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
(Insulinas selectas)	Varía	Copago de $35	Copago de $70	Copago de $105

Costo compartido minorista preferido y de pedido por correo (período sin cobertura)

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 (Genérico)	Todos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)	Todos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
(Insulinas selectas)	Varía	Copago de $30	Copago de $60	Copago de $75

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cobertura en situaciones catastróficas

Después de que los costos anuales de medicamentos que paga de su bolsillo (incluyendo los medicamentos comprados en su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los $7,400, usted paga el mayor de:

- el 5% del precio negociado del plan; o
- un copago de $4.15 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de $10.35 para todos los demás medicamentos.

Beneficios adicionales de medicamentos con receta

Como parte de la cobertura para medicamentos ampliada del plan para el año calendario 2023, el plan cubre los siguientes medicamentos excluidos del Nivel 2: Sildenafil (Viagra genérico), vitamina D2, ácido fólico y vitamina B12. Los pagos que realice por los medicamentos excluidos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Beneficios médicos adicionales

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Acupuntura[1,2]	Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura en un plazo de 90 días para el dolor lumbar crónico, y 8 sesiones adicionales si se observa una mejoría. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Dentro de la red: • Copago de $20 Fuera de la red: • Copago de $35
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)[1,2]	Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionadas con la diabetes o cumple ciertos requisitos: Dentro de la red: • Copago de $25 Fuera de la red: • Copago de $35
Comidas[1]	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.
Equipo médico y suministros (equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados)[1]	Equipo médico duradero: Dentro de la red: • Coseguro del 20% Fuera de la red: • Coseguro del 50% Suministros para el control de la diabetes: Dentro de la red: • Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan). • 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. Fuera de la red: • Coseguro del 50% (incluso si se utilizan marcas preferidas)

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Equipo médico y Suministros (continuación)	Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos: Dentro de la red: • Coseguro del 20% Fuera de la red: • Coseguro del 50% Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom y FreeStyle Libre: Dentro de la red: • 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. • Las marcas no preferidas no están cubiertas. Fuera de la red: • Coseguro del 50%
Programas de bienestar (p. ej., de ejercicio)	Usted paga un copago de $0 por el programa de ejercicios SilverSneakers® (membresía básica para gimnasios, incluidas clases de ejercicios).
Atención quiropráctica[1,2]	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición): Dentro de la red: • Copago de $20 Fuera de la red: • Copago de $35
Capacitación para el autocontrol de la diabetes[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $0 Fuera de la red: • Coseguro del 50%
Atención médica a domicilio[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $10 Fuera de la red: • Coseguro del 50%

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Hospicio	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.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos[1,2]	Consulta de terapia individual o grupal: Dentro de la red: • Copago de $20 Fuera de la red: • Copago de $35
Cirugía[1,2]	Dentro de la red: • Copago de $300 en un hospital para pacientes externos • Copago de $225 en un centro de cirugía ambulatoria Fuera de la red: • Coseguro del 20%
Artículos de venta libre	Usted recibe hasta $95 por trimestre.
Diálisis renal[1,2]	Dentro de la red: • Coseguro del 20% Fuera de la red: • Coseguro del 50%
Consultas por telemedicina	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. Dentro de la red: • PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de $0 • Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un especialista o proveedor de salud mental: Copago de $15 Fuera de la red: • No están cubiertos

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Rehabilitación para pacientes externos[1,2]	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): Dentro de la red: • Copago de $25 Fuera de la red: • Coseguro del 50% Terapia ocupacional: Dentro de la red: • Copago de $10 Fuera de la red: • Coseguro del 50%
Servicios odontológicos preventivos	Dentro de la red: • Copago de $0 • Limpiezas (Profilaxis) • Evaluación oral periódica • Evaluación oral integral • Evaluación oral exhaustiva • Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas) FCL Dental es la red de proveedores odontológicos. Los servicios sólo están cubiertos si los presta un odontólogo que tiene un contrato con FCL Dental. Fuera de la red: • No están cubiertos

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su médico.

	KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)
Servicios odontológicos integrales	Dentro de la red: Beneficio máximo anual de $2,000 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada. • Coseguro del 50% por cada servicio. Servicios de Endodoncia Servicios de periodoncia Servicios de prostodoncia Servicios de restauración Servicios de cirugía oral y maxilofacial Fuera de la red: No están cubiertos
Tarjeta Flex Wallet	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. Las asignaciones no utilizadas no se transferirán al siguiente año calendario.

Los servicios con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.

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 수있는 질문에 대답 할 수있는 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。

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.