

# 2020

## Resumen de Beneficios

Rx (HMO)

Rx+Choice (HMO-POS)

Essential (HMO)

Essential+Choice (HMO-POS)

Harris, Brazoria, Fort Bend, Montgomery, Galveston (*partial county*)

H0332\_001,002,003,004

KelseyCare Advantage  




# TABLA DE CONTENIDOS

<b>Lista de verificación de preinscripción</b>	<b>2</b>
<b>Información general</b>	<b>3</b>
<b>Planes Rx y Rx+Choice (planes <i>con cobertura de medicamentos recetados</i>)</b>	<b>6</b>
<b>Planes Essential y Essential+Choice (planes <u>sin</u> cobertura de medicamentos)</b>	<b>23</b>

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators LLC, un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación de un contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información.

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglamentos. Si tiene preguntas, usted puede llamar y hablar con un representante de servicios al cliente al 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9336).

### Entendiendo los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios ubicada en la Evidencia de Cobertura, especialmente para aquellos servicios que usted consulta con un médico de manera rutinaria. Visite [KelseyCareAdvantage.com](http://KelseyCareAdvantage.com) o llame al 1- 866-535- 8343 (TTY: 1-866-302-9336) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse que los médicos que usted ahora consulta están dentro de la red. Si no están en la lista, esto quiere decir que debería seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que usted usa para sus medicamentos recetados está dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, debería seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Entendiendo reglamentos importantes

- En adición a su prima mensual del plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima es normalmente deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2021.
- Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, nosotros no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en la lista del directorio de proveedores), a no ser que usted esté inscrito en el plan KelseyCare Advantage Rx+Choice (POS).
- El plan KelseyCare Advantage Rx+Choice le permite consultar con proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque nosotros paguemos por servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe estar de acuerdo con darle tratamiento y facturar a KelseyCare Advantage. Excepto en casos de emergencia o situaciones urgentes, los proveedores no contratados pueden denegar cuidado. Adicionalmente, la parte del costo que le corresponde a usted por servicios recibidos por proveedores no contratados será más alta.

Este documento está disponible en otros formatos tales como Braille y letra grande.

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

### Cosas por conocer sobre KelseyCare Advantage

#### Horarios de oficina

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, usted puede llamarnos 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, usted puede llamarnos de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro.

#### Números de teléfono y página web de KelseyCare Advantage

- Si usted es miembro de este plan, llame de forma gratuita al 1-866-535-8343.
- Si usted no es miembro de este plan, llame de forma gratuita al 1-800-663-7146.
- Usuarios TTY llamar al 1-866-302-9336
- Nuestra página web: [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com)

¿Quién puede inscribirse? Para inscribirse en 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 en Texas:	
<b>Harris</b>	
<b>Brazoria</b>	<b>Fort Bend</b>
<b>Galveston</b> (excluyendo la isla)	<b>Montgomery</b>

¿Qué médicos y hospitales puedo usar?	
<b>KelseyCare Advantage (HMO)</b> <b>-Rx</b> <b>-Essential</b>	Tiene una red de médicos, hospitales, y otros proveedores. Si usted utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios
<b>KelseyCare Advantage (HMO-POS)</b> <b>-Rx+Choice</b> <b>-Essential+Choice</b>	Tiene una red de médicos, hospitales, y otros proveedores. <i>Para algunos servicios usted puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.</i>
Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencias. Por favor comuníquese con nuestro número de servicios al cliente o revise su Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo la repartición de costos que aplican a los servicios fuera de la red.	

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

**Esta sección contiene información de beneficios para los planes Rx y Rx+Choice.**

**Estos planes incluyen cobertura de medicamentos.**

Si usted no cuenta con cobertura de medicamentos, por favor continúe a la sección del plan Essential y Essential+Choice en la página 23.

# Resumen de Beneficios

1 de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020

## KELSEYCARE ADVANTAGE RX (HMO)

## KELSEYCARE ADVANTAGE RX+CHOICE (HMO-POS)

Este folleto de Resumen de Beneficios le ofrece un resumen de lo que KelseyCare Advantage Rx (HMO) y KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS) cubre y de lo que usted paga. No contiene todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con nosotros y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si usted desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O, utilice el Buscador de Planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>
- Si usted desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente de “Medicare y Usted”. Véalo en Internet en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Secciones en este folleto	
✓	Cosas por conocer sobre KelseyCare Advantage Rx (HMO) y KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)
✓	Prima mensual Deducible Límites de cuánto usted paga por servicios cubiertos
✓	Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
✓	Beneficios de medicamentos recetados

## Cosas por conocer sobre KelseyCare Advantage Rx (HMO) y KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS)

### ¿Qué farmacias puedo usar?

Por lo general, usted debe utilizar farmacias de la red para llenar sus recetas para medicamentos cubiertos de la Parte D.

Algunas de las farmacias en nuestra red tienen costo compartido preferido. Es posible que usted pague menos si utiliza estas farmacias.

Usted puede ver el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestra página web (<http://www.kelseycareadvantage.com>). O, llámenos a los números de teléfono antes mencionados y nosotros le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

### ¿Qué cubrimos nosotros?

Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos lo que Medicare Original cubre, y más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted puede pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, es posible que usted pague menos.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Medicare Original. Algunos de estos beneficios adicionales están detallados en este folleto.

Nosotros cubrimos medicamentos de la Parte D. Adicionalmente, cubrimos medicamentos de la Parte B, tales como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Usted puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com).
- O, llámenos y nosotros le enviaremos una copia del formulario.

### ¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Usted necesitará usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que usted ha alcanzado. Más adelante en este documento discutiremos las etapas de beneficios que ocurren después de que usted haya alcanzado su deducible: Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Intervalo sin Cobertura, y Etapa de Cobertura para Catástrofes.

## Prima Mensual, Deducible, Y Límites De Cuánto Usted Paga Por Servicios Cubiertos

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
¿Cuánto es la prima mensual?	<p>\$0 por mes.</p> <p><i>\$38.80 por mes con la opción de Beneficio Suplementario Dental Opcional.</i></p>	<p>\$77 por mes.</p> <p><i>\$115.80 por mes con la opción de Beneficio Suplementario Dental Opcional.</i></p>
	Adicionalmente, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
¿Cuánto es el deducible?	\$100 por año para los medicamentos recetados de la Parte D en los Niveles 3, 4 y 5.	
<p>¿Existe un límite de cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</p> <p><b>(Responsabilidad máxima de su propio bolsillo)</b></p>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que usted paga de su propio bolsillo para cuidado médico y hospitalario.</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,400 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de costo que paga de su propio bolsillo, usted continúa recibiendo servicios cubiertos médicos y hospitalarios y nosotros pagaremos el costo total por lo que resta del año.</p> <p>Por favor tome en cuenta que usted necesitará continuar pagando sus primas mensuales de la Parte B y los costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que usted paga de su propio bolsillo para cuidado médico y hospitalario.</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,400 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>\$10,000 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de costo que paga de su propio bolsillo, usted continúa recibiendo servicios cubiertos médicos y hospitalarios y nosotros pagaremos el costo total por lo que resta del año.</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

		Por favor tome en cuenta que usted necesitará continuar pagando sus primas mensuales y los costos compartidos para sus medicamentos recetados de la Parte D.
<b>¿Existe un límite de cuánto pagará el plan?</b>		Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para conocer los servicios que aplican.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Cobertura para pacientes internados</b> 1,2	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido cuidado de salud de paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente internado por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de una hospitalización para pacientes internados.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es más larga que 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados será limitada a 90 días.</p>	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido cuidado de paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente internado por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de una hospitalización para pacientes internados.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es más larga que 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados será limitada a 90 días.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por hospitalización</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga un copago de \$1000 por período de beneficios de 1 a 60 días</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$250 por día de 61 a 90 días</li> <li>Copago de \$500 por día de 91 a 150 días</li> </ul>
	<b>Rx (HMO)</b>	<b>Rx+Choice (HMO-POS)</b>	
<b>Cobertura de paciente ambulatorio</b> 1,2	<p>Copago de \$225 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$300 por cada visita al hospital cubierta por Medicare como paciente ambulatorio</p> <p>Copago de \$300 para otros servicios hospitalarios ambulatorios, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño u hospitalización de observación</p>	<p>Copago de \$225 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$300 por cada visita al hospital cubierta por Medicare como paciente ambulatorio</p> <p>Copago de \$300 para otros servicios hospitalarios ambulatorios, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño u hospitalización de observación</p> <p>Fuera de la red: coseguro del 20% para todos los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	
<b>Consultas médicas</b> (Proveedores de cuidado primario y especialistas) 1,2	<p>Consulta con un médico de cuidado de salud primario: Copago de \$0</p> <p>Consulta con un especialista: Copago de \$35</p>	<p>Consulta con un médico de cuidado de salud primario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: copago de \$0</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Consulta con un especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: copago de \$35</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>	
<b>Cuidado de salud preventivo</b> (e.g., vacunas para la influenza y neumonía, controles de la diabetes, controles de cáncer colorrectal)	<p>Usted no paga nada</p> <p>Otros servicios preventivos están disponibles.</p> <p>Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Otros servicios preventivos están disponibles.</p> <p>Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>	
<b>Cuidado de salud de emergencia</b>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si es hospitalizado por hasta 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo por el cuidado de salud de emergencia. Revise la sección “Cuidado de salud para pacientes internados” en este folleto para otros costos.</p>		

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

Servicios de urgencia	Copago de \$25	
	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Servicios de diagnóstico, Imágenes de laboratorio 1,2</b>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)): Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: Usted no paga nada.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Usted no paga nada.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer): Copago de \$50</p>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Servicios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$50</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

<p><b>Servicios de audición 1,2</b></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$35.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta por 1 año): Copago de \$35</p> <p>Examen de calibración de audífonos (hasta 1 por cada año): Copago de \$35</p> <p>Asignación para audífonos: Nuestro plan paga hasta \$125 cada año por audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$35</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Examen de audición de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$35. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año.</li> </ul> <p>Examen de calibración de audífonos (hasta 1 por cada año): Copago de \$35</p> <p>Asignación para audífonos: Nuestro plan paga hasta \$125 cada año por audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan.</p>
	<p><b>Rx (HMO)</b></p>	<p><b>Rx+Choice (HMO-POS)</b></p>
<p><b>Servicios dentales 1,2</b></p>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios con relación al cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <p>Coseguro del 20% para servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><b>Cobertura Dental Suplementaria Opcional si es comprada:</b> <i>Prima mensual de \$38.80</i></p>	<p>Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios con relación al cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <p>Dentro de la red: Coseguro del 20% para servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red: Coseguro del 50% para servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><b>Optional Supplemental Dental Coverage if purchased:</b> <i>Prima mensual de \$38.80</i></p>
<p><b>Servicios dentales opcionales (aplica solo si son comprados)</b></p>	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un beneficio dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$38.80. Revise la Evidencia de Cobertura (Capítulo 4, Sección 2.2) para más información. Su coseguro varía dependiendo del tipo del servicio dental.</p>	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un beneficio dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$38.80. Revise la Evidencia de Cobertura (Capítulo 4, Sección 2.2) para más información. Su coseguro varía dependiendo del tipo del servicio dental.</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

<p><b>Servicios de la visión</b></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen anual de glaucoma): Copago de \$0 a \$35, dependiendo del servicio.</p> <p>Examen de rutina del ojo (hasta 1 cada año): Usted no paga nada.</p> <p>Lentes de contacto o anteojos (hasta 1 cada año): Nuestro plan paga hasta \$75 cada año por lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).</p> <p>Usted paga todo monto por encima de la asignación de este plan.</p> <p>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada. Después de la cirugía de cataratas, los anteojos o lentes de contacto están cubiertos hasta el 100% de lo permitido por Medicare.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen anual de glaucoma):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$0 - \$35, dependiendo del servicio</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Examen de rutina del ojo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año.</li> </ul> <p>Lentes de contacto o anteojos (hasta 1 cada año):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Nuestro plan paga hasta \$75 cada año por lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes) de un proveedor dentro de la red. Usted paga todo monto por encima de la asignación de este plan.</li> </ul> <p>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada. Después de la cirugía de cataratas, los anteojos o lentes de contacto están cubiertos hasta el 100% de lo permitido por Medicare.</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo hasta lo permitido por Medicare.</li> </ul>
--------------------------------------	--	---

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<p><b>Servicios de salud mental</b> (incluyendo para pacientes internados) 1,2</p>	<p>Para pacientes internados:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes internados no aplica para los servicios mentales para pacientes internados proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido cuidado de paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente interno por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p>	

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización para pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es más larga de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados será limitada a 90 días.</p>	
	<p>Hospitalización para pacientes internados: Copago de \$500 por hospitalización</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Copago de \$35</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$500 por hospitalización</p> <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$1,000 por hospitalización por período de beneficios de 1 a 60 días</li> <li>• Copago de \$250 por día para los días 61 - 90</li> <li>• Copago de \$500 por día para los días 91 – 150</li> </ul> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 50% del costo</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: 50% del costo</p>
<p><b>Centros de Enfermería Especializada (SNF) 1,2</b></p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada por día para los días de 1 al 20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días del 21 al 100</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada por día para los días de 1 al 20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días del 21 al 100</li> </ul> <p>Fuera de la red: 50% del costo por hospitalización</p>
<p><b>Terapia física 1,2</b></p>	<p>Copago de \$10 por consulta</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$10 por consulta Fuera de la red: 50% del costo</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$100 por cada viaje de ida	Dentro de la red: Copago de \$100 por cada viaje de ida Fuera de la red: *50% del costo *Aplica a servicios de ambulancia que no son emergencia
<b>Transporte</b>	Usted no paga nada. Este plan cubre 20 viajes de ida a locaciones aprobadas por el plan todos los años. El transporte es limitado a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan. El transporte es proporcionado por KelseyCare Advantage Transportation por medio de Circulation Health.	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare 1</b>	20% del costo para medicamentos de quimioterapia 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B	Dentro y fuera de la red: 20% del costo para medicamentos de quimioterapia 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B
<b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) 1,2</b>	Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos: Copago de \$35	Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos: • Dentro de la red: Copago de \$35 • Fuera de la red: 20% del costo

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

<p><b>Equipo/ Suministros médicos</b></p> <p>(Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados) <sup>1</sup></p>	<p>20% del costo</p> <p>Suministros para monitorear la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada, para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control.</li> <li>• Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas.</li> </ul> <p>Calzado o plantillas terapéuticos: 20% del costo</p> <p>Dispositivos prostéticos: 20% del costo</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% del costo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Suministros para monitorear la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada, para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control.</li> <li>• Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas.</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo (aún si se usan marcas preferidas)</li> </ul> <p>Calzado o plantillas terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Dispositivos prostéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Suministros médicos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
	<p><b>Rx (HMO)</b></p>	<p><b>Rx+Choice (HMO-POS)</b></p>
<p><b>Programas de bienestar</b></p> <p>(e.g., programas de estado físico)</p>	<p>Programa de estado físico SilverSneakers® – Membresía básica a centros de estado físico incluyendo clases de estado físico. Usted no paga nada.</p>	
<p><b>Acupuntura y otras terapias alternativas</b></p>	<p>No está cubierto</p>	

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

<b>Cuidado quiropráctico</b> 1,2	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más partes de los huesos de su columna se mueven fuera de posición):  Copago de \$20	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más partes de los huesos de su columna se mueven fuera de posición): • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 20% del costo
<b>Capacitación sobre autocontrol de la diabetes</b> 1,2	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes:  Usted no paga nada.	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: • Dentro de la red: Usted no paga nada • Fuera de la red: 50% del costo
<b>Asistencia médica a domicilio</b> 1,2	Copago de \$10	• Dentro de la red: Copago de \$10 • Fuera de la red: 50% del costo
<b>Hospicio</b>	Usted no paga nada por cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar por parte del costo de los medicamentos y del relevo de descanso al cuidador. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor comuníquese con nosotros para más detalles.	
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> 1,2	Consulta de terapia grupal: Copago de \$20  Consulta de terapia individual: Copago de \$35	Consulta de terapia grupal: • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 50% del costo  Consulta de terapia individual: • Dentro de la red: Copago de \$35 • Fuera de la red: 50% del costo
<b>Cirugía ambulatoria</b> 1,2	Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$300	Hospital para pacientes ambulatorios: • Dentro de la red: Copago de \$300  Fuera de la red: 20% del costo
<b>Artículos de venta libre</b>	No están cubiertos	
<b>Diálisis del riñón</b> 1,2	Copago de \$25	• Dentro de la red: Copago de \$25 • Fuera de la red: *50% del costo  * Aplica a diálisis de riñón fuera de la red dentro del área de servicio

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
<b>Consultas de Telemedicina</b>	<p>Las consultas electrónicas y por video son beneficios cubiertos para médicos de cuidado de salud primario (PCP) y especialistas de Kelsey-Seybold.</p> <p><u>Consultas electrónicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Consultas por video</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$35</li> </ul>	
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> 1,2	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en 36 semanas):</p> <p>Copago de \$35</p> <p>Consulta de terapia ocupacional: Copago de \$10</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en 36 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$35</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Consulta de terapia ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$10</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b> 1,2	Copago de \$225	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$225</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico

## Beneficios de Medicamentos Recetados – Parte D

### Cobertura Inicial

Usted pagará un deducible anual de \$100 por los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5. Usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto deducible del plan. Después de que pague su deducible anual, usted pagará lo siguiente hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance \$4,020. El costo total anual de medicamentos es el costo total de medicamentos pagado por usted y por nuestro plan de la Parte D.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias al por menor de la red.

### Costo compartido estándar al por menor

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de \$8	Copago de \$24
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$10	Copago de \$30
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$135
Nivel 4 (Marca no preferida)	Copago de \$70	Copago de \$210
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31% del costo	Un suministro de largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel de especialidad 5

### Costo compartido preferido al por menor

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de \$3	Copago de \$7.50
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$5	Copago de \$12.50
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$100
Nivel 4 (Marca no preferida)	Copago de \$60	Copago de \$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31% del costo	Un suministro de largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel de especialidad 5

Si usted reside en un centro de cuidado de salud a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia al por menor.

Usted puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

## Intervalo sin Cobertura

La mayoría de los planes Medicare para medicamentos tienen un período de falta de cobertura (también llamado "período sin cobertura"). Esto significa que hay un límite temporario sobre qué cubrirá el plan de medicamentos para sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted haya pagado) alcance \$4,020.

Después de que ingresa al intervalo sin cobertura, usted paga el 25% del costo del plan para medicamentos de marcas cubiertas y el 25% del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen \$6,350, lo que indica el final del intervalo sin cobertura. No todos alcanzan el período sin cobertura.

Bajo este plan, es posible que usted pague menos por los medicamentos genéricos y de marca en el formulario. Su costo varía por nivel. Usted necesitará usar su formulario para ubicar el nivel de su medicamento. Vea el cuadro a continuación para conocer cuánto le costará.

### Costo compartido estándar al por menor

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	Copago de \$8	Copago de \$24

### Costo compartido preferido al por menor

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	Copago de \$3	Copago de \$7.50

## Cobertura para catástrofes

Una vez que su gasto de bolsillo por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados en su farmacia al por menor y los que pidió por correo) alcance \$6,350, usted pagará el monto mayor entre:

- 5% del costo, o
- Copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los otros medicamentos.

**Esta sección contiene información de beneficios para los planes Essential y Essential+Choice.**

**Estos planes NO incluyen cobertura de medicamentos.**

**Si usted necesita cobertura de medicamentos, por favor regrese a la sección de los planes Rx y Rx+Choice en la página 6.**

# Resumen de Beneficios

1 de enero de 2020 – 31 de diciembre de 2020

## KELSEYCARE ADVANTAGE ESSENTIAL (HMO)

## KELSEYCARE ADVANTAGE ESSENTIAL+CHOICE (HMO-POS)

Este folleto de Resumen de Beneficios le ofrece un resumen de lo que KelseyCare Advantage Essential (HMO) y KelseyCare Advantage Essential+Choice (HMO-POS) cubre y de lo que usted paga. No contiene todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con nosotros y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

- Si usted desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O, utilice el Buscador de Planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>
- Si usted desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente de “Medicare y Usted”. Véalo en Internet en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Secciones en este folleto	
✓	Cosas por conocer sobre KelseyCare Advantage Essential (HMO) y KelseyCare Advantage Essential+Choice (HMO-POS)
✓	Prima mensual Límites de cuánto usted paga por servicios cubiertos
✓	Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### **¿Qué cubrimos nosotros?**

Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos lo que Medicare Original cubre, y más.

- **Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted puede pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Medicare Original.** Para otros, es posible que usted pague menos.
- **Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que está cubierto por Medicare Original.**
- Algunos de estos beneficios adicionales están detallados en este folleto.

**KelseyCare Advantage Essential (HMO) y KelseyCare Advantage Essential+Choice (HMO-POS)** cubren los medicamentos de la Parte B, tales como quimioterapia y algunos medicamentos suministrados por su proveedor.

## Prima Mensual, Deducible, Y Límites De Cuánto Usted Paga Por Servicios Cubiertos

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>¿Cuánto es la prima mensual?</b>	<p>\$0 por mes. Adicionalmente, usted continúa pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p> <p><i>\$38.80 por mes con la opción de Beneficio Suplementario Dental Opcional</i></p> <p>KelseyCare Advantage reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta por \$10 por mes.</p>	<p>\$0 por mes. Adicionalmente, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p> <p><i>\$38.80 por mes con la opción de Beneficio Suplementario Dental Opcional</i></p>
<b>¿Cuánto es el deducible?</b>	Este plan no tiene deducible.	
<b>¿Existe un límite de cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</b>  <b>(Máxima responsabilidad de su bolsillo)</b>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para cuidado médico y hospitalario.</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,400 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de costo que paga de su bolsillo, usted continúa recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por lo que resta del año.</p> <p>Por favor tome en cuenta que usted necesitará continuar pagando sus primas mensuales de la Parte B.</p>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para cuidado médico y hospitalario.</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3,400 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores dentro de la red.</li> <li>• \$10,000 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que usted recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de costo que paga de su bolsillo, usted continúa recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por lo que resta del año.</p> <p>Por favor tome en cuenta que usted necesitará continuar pagando sus primas mensuales.</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

<p><b>¿Existe un límite de cuánto pagará el plan?</b></p>	<p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que aplican.</p>
---	--

### Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<p><b>Cuidado de salud para pacientes internados</b> 1,2</p>	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente interno y finaliza cuando no haya recibido cuidado de paciente interno (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente interno por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización para pacientes internados.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es por más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización para pacientes internados será limitada a 90 días.</p>	<p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente interno y finaliza cuando no haya recibido cuidado de paciente interno (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente interno por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización para pacientes internados.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es por más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización para pacientes internados será limitada a 90 días.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p>

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

Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por hospitalización</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$1000 por período de beneficios de los días 1 al 60</li> <li>Copago de \$250 por día para los días 61 al 90</li> <li>Copago de \$500 por día para los días 91 al 150</li> </ul>
	<b>Essential (HMO)</b>	<b>Essential+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> 1,2	<p>Copago de \$225 por cada consulta en el centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$250 por cada consulta en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$250 para otros servicios hospitalarios ambulatorios, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño u hospitalización de observación</p>	<p>Copago de \$225 por cada consulta en el centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$250 por cada consulta en el hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$250 para otros servicios hospitalarios ambulatorios, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño u hospitalización de observación</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 20% para todos los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
<b>Consultas médicas (Proveedores de cuidado de salud primario y especialistas)</b> 1,2	<p>Consulta con un médico de cuidado de salud primario: Copago de \$0</p> <p>Consulta con un especialista: Copago de \$20</p>	<p>Consulta con un médico de cuidado de salud primario: Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 50% del costo</p> <p>Consulta con un especialista: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 20% del costo</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>Cuidado preventivo</b> (e.g., vacunas para la influenza y neumonía, controles de la diabetes, controles de cáncer colorrectal)	<p>Usted no paga nada</p> <p>Otros servicios preventivos están disponibles.</p> <p>Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Otros servicios preventivos están disponibles.</p> <p>Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
<b>Cuidado de emergencia</b>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si usted es admitido en el hospital por 3 días o menos, usted no tiene que pagar su parte del costo por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado para Pacientes Internados” de este folleto para conocer sobre otros costos.</p>	
<b>Cuidado de Urgencias</b>	<p>Copago de \$25</p>	
	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/radiografías 1,2</b>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</p> <p>Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</p> <p>Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio</p> <p>Servicios de laboratorio:</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios:</p> <p>Usted no paga nada.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (tales como</p>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Servicios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	tratamiento de radiación para el cáncer): Copago de \$50	Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer): • Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 20% del costo
<b>Servicios de audición 1,2</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$20 Examen de audición de rutina (hasta por 1 año): Copago de \$20 Examen de calibración de audífonos (hasta 1 por cada año): Copago de \$20 Asignación para audífonos: Nuestro plan paga hasta \$500 cada año por audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan.	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 20% del costo Examen de audición de rutina: Dentro de la red: Copago de \$20. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año. Examen de calibración de audífonos (hasta 1 por cada año): Copago de \$20 Asignación para audífonos: Nuestro plan paga hasta \$500 cada año por audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan.
	<b>Essential (HMO)</b>	<b>Essential+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Servicios dentales 1,2</b>	Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios con relación al cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes): Coseguro del 20% para servicios dentales cubiertos por Medicare.  Cobertura Dental Suplementaria Opcional si es comprada: Prima mensual de \$38.80	Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios con relación al cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes): • Dentro de la red: Coseguro del 20% para servicios dentales cubiertos por Medicare. • Fuera de la red: 50% del costo para servicios dentales cubiertos por Medicare. Cobertura Dental Suplementaria Opcional si es comprada: Prima mensual de \$38.80
<b>Servicios dentales opcionales (aplica solo si son comprados)</b>	Usted tiene la opción de inscribirse en un beneficio dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$38.80. Revise la Evidencia de Cobertura (Capítulo 4, Sección 2.2) para más información. Su coseguro varía dependiendo del tipo del servicio dental.	Usted tiene la opción de inscribirse en un beneficio dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$38.80. Revise la Evidencia de Cobertura (Capítulo 4, Sección 2.2) para más información. Su coseguro varía dependiendo del tipo del servicio dental.

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

<p><b>Servicios de la visión</b></p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen anual de glaucoma): Copago de \$0 - \$20, dependiendo del servicio.</p> <p>Examen de rutina del ojo (hasta 1 cada año): Usted no paga nada.</p> <p>Lentes de contacto o anteojos (hasta 1 cada año): Nuestro plan paga hasta \$75 cada año por lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes). No relacionado a la cirugía de cataratas.</p> <p>Usted paga todo monto por encima de la asignación de este plan.</p> <p>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas: Usted no paga nada. Después de la cirugía de cataratas, los anteojos o lentes de contacto están cubiertos hasta el 100% de lo permitido por Medicare.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen anual de glaucoma):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$0 - \$20, dependiendo del servicio</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul> <p>Examen de rutina del ojo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año.</li> </ul> <p>Lentes de contacto o anteojos (hasta 1 cada año):</p> <p>Dentro de la red: Nuestro plan paga hasta \$75 cada año por lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes) de un proveedor dentro de la red. No relacionado a la cirugía de cataratas. Usted paga todo monto por encima de la asignación de este plan.</p> <p>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Usted no paga nada hasta el 100% de lo permitido por Medicare.</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo hasta lo permitido por Medicare.</li> </ul>
--------------------------------------	--	---

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>Servicios de salud mental</b> (incluyendo para pacientes internados) 1,2	<p>Para pacientes internados: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes internados no aplica para los servicios mentales para pacientes internados proporcionados en un hospital general.</p> <p>Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que usted es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido cuidado de paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, un nuevo período de beneficios empieza. Usted debe pagar el copago de paciente interno por cada período de beneficios. No existe límite para el número de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización para pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es más larga de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados será limitada a 90 días.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por hospitalización</li> </ul> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Copago de \$35</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$500 por hospitalización</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Copago de \$1,000 por hospitalización por período de beneficios de 1 a 60 días</p> <p>Copago de \$250 por día para los días 61 - 90</p> <p>Copago de \$500 por día para los días 91-150</p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 50% del costo</p> <p>Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: 50% del costo</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

<b>Centros de Enfermería Especializada (SNF) 1,2</b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada por día para los días de 1 al 20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días del 21 al 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>• Usted no paga nada por día para los días de 1 al 20</li> <li>• Copago de \$125 por día para los días del 21 al 100</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u> 50% del costo por hospitalización</p>
	<b>Essential (HMO)</b>	<b>Essential+Choice (HMO-POS)</b>
<b>Terapia física</b>	<p>Consulta para terapia física: Copago de \$10</p>	<p>Consulta para terapia física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$10</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<b>Ambulancia 1</b>	<p>Copago de \$100 por cada viaje de ida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$100 por cada viaje de ida.</li> <li>• Fuera de la red: *50% del costo</li> </ul> <p>* Aplica a servicios de ambulancia que no son emergencia</p>
<b>Transporte</b>	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Este plan cubre 20 viajes de ida a locaciones aprobadas por el plan todos los años. El transporte es limitado a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p> <p>El transporte es proporcionado por KelseyCare Advantage Transportation por medio de Circulation Health.</p>	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare <sup>1</sup></b>	<p>20% del costo para medicamentos de quimioterapia</p> <p>20% del costo para otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>20% del costo para medicamentos de quimioterapia</p> <p>20% del costo para otros medicamentos de la Parte B</p>
<b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) 1,2</b>	<p>Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos: Copago de \$20</p>	<p>Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple con ciertos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: Copago de \$20</li> <li>• Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

<p><b>Equipo/ Suministros médicos</b> (Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados) <sup>1</sup></p>	<p>20% del costo</p> <p>Suministros para monitorear la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada, para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control.</li> <li>• Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas.</li> </ul> <p>Calzado o plantillas terapéuticos: 20% del costo</p> <p>Dispositivos prostéticos: 20% del costo</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% del costo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Suministros para monitorear la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada, para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control.</li> <li>• Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas.</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo (aún si se usan marcas preferidas)</li> </ul> <p>Calzado o plantillas terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Dispositivos prostéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Suministros médicos relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de la red: 20% del costo</li> <li>• Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<p><b>Programas de bienestar</b> (e.g., programas de estado físico)</p>	<p>Usted no paga nada. Programa de estado físico SilverSneakers® – Membresía básica a centros de estado físico incluyendo clases de estado físico.</p>	
<p><b>Acupuntura y otras terapias alternativas</b></p>	<p>No está cubierto</p>	

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>Cuidado quiropráctico</b> 1,2	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más partes de los huesos de su columna se mueven fuera de posición): Copago de \$20	Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más partes de los huesos de su columna se mueven fuera de posición): <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$20</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>
<b>Capacitación sobre autocontrol de la diabetes</b> 1,2	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: Usted no paga nada.	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Usted no paga nada</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<b>Asistencia médica a domicilio</b> 1,2	Copago de \$10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$10</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<b>Hospicio</b>	Usted no paga nada por cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar por parte del costo de los medicamentos y del relevo de descanso al cuidador. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Por favor comuníquese con nosotros para más detalles.	
<b>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> 1,2	Consulta de terapia grupal: Copago de \$20  Consulta de terapia individual: Copago de \$35	Consulta de terapia grupal: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 50% del costo  Consulta de terapia individual: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: 50% del costo
<b>Cirugía ambulatoria</b> 1,2	Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$250	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$250</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre</b>	No están cubiertos	
<b>Diálisis del riñón</b> 1,2	Copago de \$25	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$25</li> <li>Fuera de la red: *50% del costo</li> </ul> <p>* Aplica a diálisis de riñón fuera de la red dentro del área de servicio</p>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

	Essential (HMO)	Essential+Choice (HMO-POS)
<b>Consultas de Telemedicina</b>	<p>Consultas electrónicas y por vídeo son beneficios cubiertos para médicos de cuidado de salud primario (PCP) y especialistas de Kelsey-Seybold.</p> <p>Consultas electrónicas            Consulta con un PCP: Copago de \$0            Consulta con un especialista: Copago de \$10</p> <p>Consultas por vídeo            Consulta con un PCP: Copago de \$0            Consulta con un especialista: Copago de \$20</p>	
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> 1,2	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en 36 semanas):            Copago de \$20</p> <p>Consulta de terapia ocupacional:            Copago de \$10</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en 36 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$20</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul> <p>Consulta de terapia ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$10</li> <li>Fuera de la red: 50% del costo</li> </ul>
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b> 1,2	Copago de \$225	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentro de la red: Copago de \$225</li> <li>Fuera de la red: 20% del costo</li> </ul>

Servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir un referido de su médico.

## **La discriminación va en contra de la Ley**

KelseyCare Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. KelseyCare Advantage no excluye ni discrimina de modo alguno a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, o sexo.

KelseyCare Advantage:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, archivos de audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de lenguaje para personas para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de KelseyCare Advantage. Si cree que KelseyCare Advantage no pudo proporcionar estos servicios o discriminó a alguien por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar un agravio con: KelseyCare Advantage, Atención: Departamento de Agravios, 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584, 1-866-535-8343, TTY 1-866-302-9336, Fax 713-442-9536. Usted puede presentar un agravio en persona, por teléfono, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un agravio, Servicios para Miembros de KelseyCare Advantage está disponible para ayudarle.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono en: Departamento de Salud y Servicios Humanos 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-language Interpreter Services Insert

ATTENTION: If you speak any non-English language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936)번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-535-8343 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-302-9936).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-535-8343 (ATS : 1-866-302-9936).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936) पर कॉल करें।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936) تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-535-8343 (телетайп: 1-866-302-9936).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີໄວ້ສຳລັບທ່ານ. ໂທ 1-866-535-8343 (TTY: 1-866-302-9936).

## Servicios para Miembros de KelseyCare Advantage

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto	
<b>Llame</b>	<p><b>1-866-535-8343</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Por favor póngase en contacto con nuestro número de Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 para obtener información adicional.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de cuidado es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y Navidad, las llamadas serán atendidas por nuestro sistema de buzón de voz. 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. Durante este período, los sábados, domingos y días festivos, las llamadas serán atendidas por nuestro sistema de buzón de voz.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece el servicio gratuito de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>	
<b>TTY</b>	<p><b>1-866-302-9336</b> – Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y es solo para personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de cuidado es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y Navidad, las llamadas serán atendidas por nuestro sistema de buzón de voz. 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. Durante este período, los sábados, domingos y días festivos, las llamadas serán atendidas por nuestro sistema de buzón de voz. Servicios para Miembros también ofrece el servicio gratuito de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>	
<b>Fax</b>	713-442-5450	
<b>Escriba</b>	<p>KelseyCare Advantage  <b>ATENCIÓN:</b>                  Servicios para Miembros</p> <p>1511 Shadow Creek Parkway                  Pearland, TX 77584</p>	<p>- O -</p> <p>P.O. Box 841569                  Pearland, TX 77584-9832</p>
<b>Página web</b>	<p><a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a></p>	

