

2021

Aviso Anual de Cambios

Rx+Choice (HMO-POS)



Toll-free 1-866-535-8343, TTY 711



www.kelseycareadvantage.com

KelseyCare Advantage
★ ★ ★ ★ ★

KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC

Notificación anual de cambios para 2021

En la actualidad, está inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Rx+Choice. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener más información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente con gastos compartidos distintos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - El costo de sus medicamentos puede haber subido desde el año pasado. Consulte con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto le puede ahorrar los costos que paga de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, consulte go.medicare.gov/drugprices. Estas listas destacan los fabricantes que aumentaron los

precios y también muestran la información sobre los precios de los medicamentos de un año para el otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuántos cambios habrá en sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus doctores y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus doctores, incluidos los especialistas que consulta con frecuencia, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca del *Directorio de Proveedores*.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se inscribirá en KelseyCare Advantage Rx+Choice.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se inscribirá en KelseyCare Advantage Rx+Choice.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible gratis en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o llame al número de teléfono gratuito 1-866-535-8343 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., siete días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante este período, los sábados, domingos y días festivos, nuestro sistema de buzón de voz maneja las llamadas.
- También podemos proporcionarle información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, cuando se lo solicite. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este documento) para obtener más información.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de KelseyCare Advantage Rx+Choice

- KelseyCare Advantage es un plan médico que ofrece KS Plan Administrators, LLC, un plan de HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de una renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nosotras,” o “nuestro,” significa KS Plan Administrators, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Rx+Choice.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 los costos de KelseyCare Advantage Rx+Choice en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$77	\$77
Monto máximo de su bolsillo Esta es la <u>suma máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información)	\$3,400	\$3,450
Monto máximo de su bolsillo para los servicios (POS) que están fuera de la red Esta es la <u>suma máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que están fuera de la red y que fueron recibidos mediante el beneficio de punto de servicio POS. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$10,000	\$10,000
Consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red: Consultas de atención médica primaria: \$0 por consulta. Consultas especiales: \$35 por consulta.	Dentro de la red: Consultas de atención primaria: \$0 por consulta. Consultas especiales: \$25 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Para estadias en hospital cubiertas por Medicare:</p> <p>\$500 de copago por cada ingreso en hospital de cuidados agudos por día durante los días 1 a 90.</p> <p>90 días cubiertos por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida, que solo se pueden usar una vez al año.</p> <p>\$0 de copago por día durante los días de reserva de por vida 1-60.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Para estadias en hospital cubiertas por Medicare:</p> <p>\$150 de copago por cada ingreso en hospital de cuidados agudos por día durante los días 1 a 4.</p> <p>Suma máxima de \$600 por estadía.</p> <p>\$0 de copago por día durante los días 5 - 90.</p> <p>90 días cubiertos por período de beneficio, sin límite a la cantidad de períodos de beneficios. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva disponible para utilizar de por vida.</p> <p>\$0 de copago por día durante los días de reserva de por vida 1-60.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(costo por suministro de 30 días)</p> <p>(Consultar la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> <p>Para encontrar qué medicamentos son las insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos de manera electrónica. Si tiene preguntas acerca de la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).</p>	<p>Deducible: \$100</p> <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento de Nivel 1:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$8 por receta médica.</p>	<p>Deducible: \$100</p> <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5.</p> <p>No hay deducible para determinadas insulinas. Usted paga \$30 y \$35 por un suministro de 30 días para determinadas insulinas.</p> <p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento de Nivel 1:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$3 por receta médica.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$3 por receta médica.</p>	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta médica.</p>
	<p>Medicamento de Nivel 2: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta médica.</p>	<p>Medicamento de Nivel 2: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta médica.</p>
	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta médica.</p>	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta médica.</p>
	<p>Medicamento de Nivel 3: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por receta médica.</p>	<p>Medicamento de Nivel 3: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por receta médica. Usted paga \$35 por insulinas selectas por receta médica.</p>
	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta médica.</p>	<p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta médica. Usted paga \$30 por insulinas selectas por receta médica.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p>Medicamento de Nivel 4: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$70 por receta médica.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$60 por receta médica.</p> <p>Medicamento de Nivel 5: <i>Gasto compartido estándar y gasto compartido preferido:</i> Usted paga 31% del costo total por receta médica.</p>	<p>Medicamento de Nivel 4: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$80 por receta médica.</p> <p>Medicamento de Nivel 5: <i>Gasto compartido estándar y gasto compartido preferido:</i> Usted paga 31% del costo total por receta médica.</p>

Aviso anual de cambios para 2021
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Rx+Choice	21
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	22
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	24
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda del KelseyCare Advantage Rx+Choice	24
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	25

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$77	\$77
Prima mensual <u>con</u> Beneficios Suplementarios Opcionales Dentales La prima de este plan aplica a usted solamente si está inscrito en los beneficios complementarios opcionales dentales. (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$115.80	\$109.80

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta. Consulte la sección 6 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro e la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,400	<p>\$3,450</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo para los puntos de servicios (POS) que están fuera de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios POS fuera de la red. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de POS que están fuera de la red.</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que están fuera de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com se encuentra disponible un *Directorio de Proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores*. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2021* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones

por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, las cuales pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com se encuentra disponible un *Directorio de Farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias*. **Revise el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los

costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su 2021 *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Acupuntura	<p>Dentro de la red:</p> <p>La acupuntura no es un beneficio cubierto del 1 al 20 de enero de 2020.</p> <p>A partir del 21 de enero de 2020, su copago es de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Su copago es de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted recibe \$25 por trimestre para artículos de venta libre a través de farmacias seleccionadas. Los montos que no se utilicen no se trasladan al siguiente trimestre ni año calendario.</p>
Asistencia remota	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita electrónica del PCP.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita electrónica del especialista.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada videovisita del PCP.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita electrónica del PCP.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita electrónica del PCP, videovisita o consulta telefónica.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada visita electrónica del especialista, videovisita o consulta telefónica.</p>
Atención de la vista	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada diagnóstico/tratamiento.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada diagnóstico/tratamiento.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Dentro de la red: Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Usted paga \$500 de copago por cada admisión en el hospital. Usted paga \$500 de copago por día para los días 1 a 4. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 a 90. 90 días cubiertos por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida, que solo pueden utilizarse una vez por año. Usted paga \$0 de copago por día para los días de reserva de por vida 1-60.</p>	<p>Dentro de la red: Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Usted paga \$150 de copago por día para los días 1 a 4. Máximo de \$600 por hospitalización. Usted paga \$0 de copago por día para los días 5 a 90. 90 días cubiertos por período de beneficios sin límite en la cantidad de períodos de beneficios. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva disponibles para utilizar durante toda su vida. \$0 de copago por día para los días de reserva de por vida 1-60.</p>
Atención médica a conveniencia	<p>Dentro de la red: La atención médica a conveniencia <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Dentro de la red: El plan cubre la atención médica a conveniencia en Minute Clinic de CVS solamente. Usted paga \$25 de copago por consulta.</p>
Consultas en el consultorio del médico	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta a un especialista.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por cada consulta a un especialista.</p>
Linfedema/cuidado de heridas	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$35 por cada consulta.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Medicamentos de la parte B	Dentro de la red: Los medicamentos de la parte B <u>no</u> están sujetos a los requisitos de la terapia progresiva.	Dentro de la red: Los medicamentos de la Parte B <u>pueden</u> estar sujetos a los requisitos de la terapia progresiva.
Rehabilitación cardíaca	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca.
Servicios ambulatorios de salud mental	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.
Servicios de ambulancia	Dentro de la red: Usted paga \$100 de copago por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$225 de copago por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare.
Servicios de atención de salud mental para pacientes internados	Dentro de la red: Usted paga \$500 de copago por cada ingreso de cuidados agudos de salud mental para pacientes internados.	Dentro de la red: Usted paga \$150 de copago por día hasta el día 4 por ingreso. Máximo de \$600 por hospitalización. 90 días cubiertos por período de beneficios, no hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. 60 días de reserva de por

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Servicios de atención de salud mental para pacientes internados (continuación)</p>		<p>vida - \$0 de copago por día. 40 días adicionales de hospitalización psiquiátrica de por vida - \$0 de copago por día.</p> <p>Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan paga cuando los miembros están en un hospital durante una cantidad de días superior a los días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizarse de por vida.</p> <p>El plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales de hospitalización psiquiátrica se ofrecen una vez durante toda la vida del beneficiario.</p> <p>Se aplican los períodos de beneficios de atención hospitalaria de Medicare. En cuanto a la atención hospitalaria para pacientes internados, los gastos compartidos descritos se aplicarán cada vez que usted ingrese en el hospital. El traslado a un centro diferente (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados por afecciones agudas u otro hospital de atención</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de atención de salud mental para pacientes internados (continuación)		médica de afecciones agudas) se considera un nuevo ingreso.
Servicios de hospitalización parcial	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago por día.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por día.
Servicios de la audición	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago para exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare. Usted paga \$35 de copago para un (1) examen de ajuste de audífonos cada año. Usted paga \$35 de copago para un (1) examen de audición de rutina cada año. Usted tiene \$125 de asignación del plan para audífonos cada año.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago para exámenes de diagnóstico de la audición cubiertos por Medicare. Usted paga \$25 de copago para un (1) examen de ajuste de audífonos cada año. Usted paga \$0 de copago para un (1) examen de audición de rutina cada año. Usted tiene una asignación máxima de \$750 por oído que se tiene en cuenta para el costo de audífonos no implantables cada tres años.
Servicios de podología	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago para cada consulta de podología.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago para cada consulta de podología.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red: Usted paga \$30 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar.	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar.
Servicios dentales	Dentro de la red: Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios	Dentro de la red: Usted paga \$25 de copago por los servicios dentales

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios dentales (continuación)	<p>dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 50 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>La atención dental de rutina no está cubierta a menos que se haya inscrito en nuestro plan opcional de beneficios dentales suplementarios.</p>	<p>cubiertos por Medicare y por los siguientes servicios dentales preventivos: Limpieza: 1 cada 6 meses Radiografías dentales: 1 por año Examen bucal: 1 cada 36 meses</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un seguro compartido del 50 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Los servicios dentales preventivos no están cubiertos fuera de la red.</p>
Tratamiento de diálisis renal	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada tratamiento de diálisis renal.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por cada tratamiento de diálisis renal.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra Lista de medicamentos que se envía de forma electrónica. **Puede obtener la Lista de medicamentos** completa llamando al Servicios para Miembros (consulte la portada posterior) o visitando nuestra página web (www.kelseycareadvantage.com).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos

medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional, por única vez, de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o de cobertura para evitar cualquier brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*.) Durante el período que usted recibe un suministro temporal de un medicamento, usted deberá consultar con su médico para decidir qué va hacer cuando haya terminado el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubrir su medicamento actual.

Si se le otorga una excepción de formulario, recibirá una carta de aprobación en la que figure la fecha en la que vencerá la excepción. No es necesario que presente una solicitud nueva hasta que haya pasado la fecha.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, puede que se realicen cambios al plan permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir consultando a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.** Hemos incluido un anexo separado, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados”

(también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la “cláusula adicional LIS.”

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas – la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas:– la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducibles anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta haber alcanzado su deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 Gasto compartido preferido y \$8 Gasto compartido estándar para un suministro de 30 días de los medicamentos de Nivel 1, y \$5 Gasto compartido preferido y \$10 Gasto compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo completo de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta haber alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 Gasto compartido preferido y \$3 Gasto compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, y \$5 Gasto compartido preferido y \$10 Gasto compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo completo de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta haber alcanzado el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para KelseyCare Advantage Rx para determinadas insulinas. Usted paga \$30</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual (continuación)		y \$35 por un suministro de 30 días para determinadas insulinas.

Cambios en sus Gastos Compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta línea son para un suministro de un mes (30 días) cuando completa su receta médica en una farmacia de la red. Para más información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o para recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para consultar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Costo para usted por suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genéricos preferidos):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$8 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia dentro de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico):</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Nivel 3 (Marca preferida):	Nivel 3 (Marca preferida):
	<i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por receta.	<i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$45 por receta.
		Usted paga \$35 por insulinas selectas por receta.
	<i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.	<i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$40 por receta.
		Usted paga \$30 por insulinas selectas por receta.
	Nivel 4 (Marca no preferida):	Nivel 4 (Medicamento no preferido):
<i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$70 por receta.	<i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$90 por receta.	
<i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$60 por receta.	<i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$80 por receta.	

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Nivel 5 (Especialidad):</p> <p><i>Gastos compartidos estándar y preferidos:</i> Usted paga 31% del costo total por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que los gastos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>	<p>Nivel 5 (Especialidad):</p> <p><i>Gasto compartido estándar y preferido:</i> Usted paga 31% del costo total por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>

Cambios en la la Etapa del período sin cobertura y en las etapas de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período de interrupción en la cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en la cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** KelseyCare Advantage Rx+Choice ofrece cobertura adicional durante la etapa de interrupción en la cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa del período de interrupción en la cobertura, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$30 a \$35. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Administrador de beneficios de medicamentos con receta	OptumRx Atención al cliente 1-866-589-5222	CVS Caremark® Atención al cliente 1-888-970-0914
Decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto	Servicios farmacéuticos de KelseyCare Advantage Llame al: 713-442-4810 o 1-844-541-8507 TTY: 1-855-815-2061 Fax: 713-442-4848 o 1-844-541-8508 Escriba a: KelseyCare Advantage Attn: Pharmacy Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584-9832 –OR– P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584	Autorización previa de® CVS Caremark Llame al: 1-888-970-0914 TTY: 711 Fax: 1-855-633-7673 Escriba a: CVS Caremark® P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
Información de contacto del servicio de farmacia por correo	El servicio de farmacia por correo <u>no</u> está cubierto	Servicio de farmacia por correo CVS Caremark® Llame al: 210-706-2200 Fax: 210-706-2201 TTY: 711

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
		7034 Alamo Downs Parkway San Antonio, TX 78238-4509

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Rx+Choice

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan de KelseyCare Advantage Rx+Choice.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- O puede cambiarse a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en KelseyCare Advantage Rx+Choice.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en KelseyCare Advantage Rx+Choice.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros (en la Sección 7.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - , o puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, es posible que se les permita realizar un cambio en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y a personas que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP recibe el nombre de Programa de

Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) en asociación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguro médico a nivel local y en forma **gratuita** a las personas que tienen Medicare.

Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede comunicarse con el Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) en asociación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-9240. Para obtener más información acerca del Programa de Defensoría y Asesoramiento de Información Médica (HICAP) visite la página web (hhs.texas.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a la
 - Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado El Programa de salud renal de Texas (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este documento).

- **Asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/sub-asegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gasto compartido para medicamentos con receta del a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda del KelseyCare Advantage Rx+Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los feriados nacionales.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2021 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la 2021 *Evidencia de Cobertura* de KelseyCare Advantage Rx+Choice. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021)

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021*. Este documento se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Method	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto	
Call	1-866-535-8343 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, las llamadas se manejan a través de 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 feriados, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.	
TTY	711 <i>(Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.)</i> Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Durante este período, en el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, las llamadas se manejan a través de 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 feriados, las llamadas se manejan a través de nuestro sistema de buzón de voz.	
Fax	713-442-5450	
Write	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- OR - P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Website	www.kelseycareadvantage.com	

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare

METHOD	Departamento de Servicios para Salud y Servicios Humanos– Información de contacto
CALL	1-800-252-9240 or 512-424-6500 – De Lunes a Viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY	Servicio de retransmisión de Texas 1-800-735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
WRITE	The Texas Department of Salud y Servicios Humanos P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Website	www.hhs.texas.gov

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.