

2021

Resumen de Beneficios

Rx (HMO)

Rx+Choice (HMO-POS)



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



www.kelseycareadvantage.com

KelseyCare Advantage
☆☆☆☆☆

2021 Resumen de Beneficios

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Comprendiendo los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC en inglés), especialmente para aquellos servicios que usted consulta habitualmente a un médico. Visite www.KelseyCareAdvantage.com o llame al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
	Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprendiendo reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
	Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
	Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores), a menos que usted esté inscrito en el plan KelseyCare Advantage Rx + Choice (HMO-POS).
	El plan KelseyCare Advantage Rx + Choice le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo y facturar a KelseyCare Advantage. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

<p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</p>	<p>Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Rx (HMO) y KelseyCare Advantage Rx + Choice (HMO-POS) y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”.</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si 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 desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual “Medicare y Usted”. Véalo en línea 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 de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. 	
<p>Secciones en este folleto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cosas que debe saber sobre KelseyCare Advantage Rx (HMO) y KelseyCare Advantage Rx+Choice (HMO-POS) • Prima mensual, deducible, Límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos • Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos • Beneficios de medicamentos recetados 	
<p>Horario de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro. • Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora Centro. 	
<p>Números de teléfono y página web</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si es miembro de este plan, llame al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Si no es miembro de este plan, llame sin cargo al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Nuestra página web: www.kelseycareadvantage.com 	
<p>¿Quién puede inscribirse?</p>	<p>Para inscribirse a KelseyCare Advantage, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Harris, Brazoria, Fort Bend, Montgomery y Galveston (excluyendo la isla).</p>	
<p>¿Qué médicos y hospitales puedo utilizar?</p>	<p>Plan Rx: Tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.</p>	<p>Plan Rx+Choice: Tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. <i>Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.</i></p>
<p>Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p>		

<p>¿Qué farmacias puedo utilizar?</p>	<p>Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Usted puede pagar menos si usa estas farmacias.</p> <p>Usted puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.kelseycareadvantage.com). O llámenos a los números de teléfono anteriores y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.</p>
<p>¿Qué cubrimos?</p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.</p> <p>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Medicare Original. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>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. O llámenos y le enviaremos una copia del formulario.</p>
<p>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</p>	<p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Usted deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizamos las etapas de beneficios que ocurren después de que alcance su deducible: cobertura inicial, intervalo sin cobertura y cobertura para catástrofes.</p>

Resumen de beneficios

Enero 1, 2021 – Diciembre 31, 2021

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

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
¿Cuánto cuesta la prima mensual?	\$0 por mes.	\$77 por mes.
	Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
¿Cuánto cuesta el deducible?	Este plan no tiene deducible médico.	
¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos de bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B y el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
(Responsabilidad máxima que paga de su propio bolsillo)	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. • \$10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.
¿Existe un límite sobre cuánto pagará el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Contáctenos para los servicios que aplican.	

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Cobertura para pacientes hospitalizados ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días, por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día durante días de reserva de por vida (si está disponible) 	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días, por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 • Máximo de \$600 • Copago de \$0 para los días 5 a 90 • \$0 por día durante días de reserva de por vida (si está disponible) <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$1,000 por período de beneficios durante los días 1 a 60 • Copago de \$250 por día para los días 61 a 90 • Copago de \$500 por día para los días 91 a 150
Cobertura para pacientes ambulatorios ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro para todos los servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare
Centro de cirugía ambulatoria ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro para todos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Consultas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas) ^{1,2}	<u>Consulta en un consultorio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de atención primaria: Copago de \$0 • Consulta con un especialista: Copago de \$25 	<u>Consulta en un consultorio dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de atención primaria: Copago de \$0 • Consulta con un especialista: Copago de \$25 <u>Consulta en un consultorio fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de atención primaria: 50% del costo • Consulta con un especialista: 20% del costo
Atención preventiva¹	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 50% del costo
	Otros servicios preventivos incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Examen de detección del cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Asesoramiento y detección de obesidad 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluyendo las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Consulta anual de "bienestar" 	
	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.
 Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Atención de emergencia	Copago de \$120 Si lo admiten en el hospital dentro de 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.	
Servicios de urgencia	Copago de \$25	
Servicios de diagnóstico, de laboratorios e imágenes ^{1,2}	<u>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio <u>Servicios de laboratorio:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Radiografías para pacientes ambulatorios:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$50 	<u>Servicios de radiología de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans)):</u> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$0-\$150, dependiendo del servicio Fuera de la red: 20% del costo <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$0-\$25, dependiendo del servicio Fuera de la red: 20% del costo <u>Servicios de laboratorio:</u> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 20% del costo <u>Radiografías para pacientes ambulatorios:</u> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: 20% del costo <u>Servicios de radiología terapéutica (tales como tratamiento de radiación para el cáncer):</u> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 20% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Servicios de audición ^{1,2}	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 <p><u>Examen de audición de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año. <p><u>Asignación para audífonos:</u> Nuestro plan paga hasta \$750 por oído cada 3 años para audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$25 • Fuera de la red: 20% del costo <p><u>Examen de audición de rutina (solo dentro de la red):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0. Usted está cubierto hasta para 1 examen cada año. <p><u>Asignación para audífonos:</u> Nuestro plan paga hasta \$750 por oído cada 3 años para audífonos. Usted paga todo monto por encima de esta asignación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>
Servicios dentales (Odontología médica) ^{1,2}	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, extracción, o reemplazo de dientes):</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 50% para servicios dentales cubiertos por Medicare
Servicios dentales preventivos	<p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 por consulta <p><u>Limpieza:</u> 1 cada seis meses <u>Radiografía(s) dental(es):</u> 1 por año <u>Examen oral:</u> 1 cada 36 meses</p>	<p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 por consulta <p><u>Limpieza:</u> 1 cada seis meses <u>Radiografía(s) dental(es):</u> 1 por año <u>Examen oral:</u> 1 cada 36 meses</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No están cubiertos
Servicios dentales opcionales	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un plan dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$32.80.</p>	<p>Usted tiene la opción de inscribirse en un plan dental suplementario opcional por una prima adicional mensual de \$32.80.</p>

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
(Integrales) (aplican solo si son comprados)	<u>Descripción de cobertura:</u> Máximo anual - \$3,000 Deducible anual - \$25 Servicios básicos (Tipo II) – Usted paga 20% Servicios mayores (Tipo III) – Usted paga 50% <i>Periodo de espera – Existe un periodo de espera de 12 meses para todos los servicios de Tipo III.</i>	
Servicios de la visión	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo el examen anual de glaucoma)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 <u>Examen de rutina de la visión:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por 1 examen de rutina de la visión cada año • Asignación de \$75 cada año para lentes de contacto o anteojos. <u>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</u> Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$25 • Fuera de la red: 20% del costo <u>Examen de rutina de la visión (Solo dentro de la red):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por 1 examen de rutina de la visión cada año • Asignación de \$75 cada año para lentes de contacto o anteojos. <u>Lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos después de la cirugía de cataratas

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
		<ul style="list-style-type: none"> Fuera de la red: 50% del costo hasta lo permitido por Medicare.
Servicios de salud mental (incluyendo para pacientes hospitalizados) ^{1,2}	<p>Para pacientes hospitalizados: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados no aplica para los servicios mentales para pacientes hospitalizados 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 hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido ningún cuidado de paciente hospitalizado (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 hospitalizado 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 de pacientes internados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es superior a 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Pero una vez que usted haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados será limitada a 90 días.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 Máximo de \$600 Copago de \$0 para los días 5 a 90 \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <p><u>Consulta de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$150 por día para los días 1 a 4 Máximo de \$600 Copago de \$0 para los días 5 a 90 \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles) <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$1,000 por hospitalización por período de beneficios para los días 1 a 60 Copago de \$250 por día para los días 61 a 90 Copago de \$500 por día para los días 91 a 150 <p><u>Consulta de terapia individual o de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 50% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Centros de Enfermería Especializada (SNF) ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$125 por día para los días 21 a 100 	<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"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 <p>Copago de \$125 por día para los días 21 a 100</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo por hospitalización
Terapia física ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo
Ambulancia (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 por cada viaje de ida 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 por cada viaje de ida <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% del costo* <p>* Aplica a servicios de ambulancia que no son de emergencia</p>
Transporte	<p>Usted no paga nada.</p> <p>Este plan cubre 20 viajes de ida a locaciones aprobadas por el plan cada año. El transporte es limitado a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan.</p> <p>No hay cobertura fuera de la red para este beneficio.</p>	
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo 	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

Beneficios de medicamentos recetados – Parte D

Límite de cobertura inicial

Usted pagará un deducible anual de \$100 por los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance la cantidad deducible del plan. No hay deducible para determinadas insulinas. Durante la Etapa de Deducible, los costos que paga de su bolsillo por estas insulinas seleccionadas serán de \$30 a \$35 por un suministro de 30 días. Después de pagar su deducible anual, usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son el costo total de medicamentos pagado por usted y por nuestro plan de la Parte D.

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

Costos compartidos minoristas estándar

Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$3	\$6	\$9
Nivel 2 (Genérico)	\$10	\$20	\$30
Nivel 3 (Marca preferida)	\$45	\$90	\$135
(Insulina determinada*)	\$35	\$70	\$105
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$90	\$180	\$270
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31%	No disponible	No disponible

*Las Insulinas selectas en el Nivel 3 están cubiertas por la participación del plan en el Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores del año calendario 2021. Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros.

Costos compartidos preferidos minoristas y de pedidos por correo

Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$5	\$10	\$12.50
Nivel 3 (Marca preferida)	\$40	\$80	\$100
(Insulina determinada*)	\$30	\$60	\$75
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$80	\$160	\$200
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31%	No disponible	No disponible

*Las Insulinas en el Nivel 3 están cubiertas por la participación del plan en el Modelo de Ahorro de la Parte D para Personas Mayores del año calendario 2021. Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la

Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros.

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

Intervalo sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de falta de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal sobre lo que usted pagará por sus medicamentos. El intervalo sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance \$4,130.

Después de ingresar al intervalo sin cobertura, usted paga el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que los costos que pague de su bolsillo sumen \$6,550, que indica el final del intervalo sin cobertura. KelseyCare Advantage ofrece cobertura adicional para medicamentos de nivel 1, medicamentos de nivel 2 e insulinas seleccionadas. No todos entrarán en el intervalo sin cobertura.

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

Costos compartidos minoristas estándar

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	\$3	\$6	\$9
Nivel 2 (Genérico)	Todos	\$10	\$20	\$30
Insulina selecta	Varía	\$35	\$70	\$105

Costos compartidos preferidos minoristas y de pedidos por correo

Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Todos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	Todos	\$5	\$10	\$12.50
Insulina selecta	Varía	\$30	\$60	\$75

Cobertura para catástrofes

Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$6,550, usted paga el mayor de:

- 5% del precio negociado del plan, o
- Copago de \$3.70 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Beneficios médicos adicionales

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Acupuntura ^{1,2}	Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura dentro de 90 días de dolor crónico de espalda baja, y 8 días adicionales si se nota mejoría.	
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por consulta 	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 por consulta <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo
Cuidado de los pies (Servicios de podología) ^{1,2}	Exámenes y tratamientos para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionados con la diabetes y/o cumple ciertos requisitos:	
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Equipo/ Suministros médicos (Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados) ¹	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo <u>Suministros para monitorear la diabetes:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan). • Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control. • Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas. <u>Calzado o plantillas terapéuticos y dispositivos prostéticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo <u>Monitores continuos de glucosa – Marcas preferidas: Dexcom y Libre</u> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo en el proveedor DME • 15% del costo en la farmacia • Las marcas no preferidas no están cubiertas 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 20% del costo • <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo <u>Suministros para monitorear la diabetes:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada para medidores de glucosa ni tiras de prueba, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan). • Usted no paga nada por lancetas, dispositivos para lancetas ni soluciones de control. • Las marcas no preferidas de suministros diabéticos (incluyendo medidores de glucosa y tiras de prueba) no están cubiertas. • <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo (aún si las marcas preferidas son utilizadas) <u>Calzado o plantillas terapéuticos y dispositivos prostéticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dentro de la red:</u> 20% del costo • <u>Fuera de la red:</u> 50% del costo <u>Monitores continuos de glucosa – Marcas preferidas: Dexcom y Libre</u> <ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo en el proveedor DME • 15% del costo en la farmacia • Las marcas no preferidas no están cubiertas • <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos
Programas de bienestar (ej., ejercicios)	Programa de ejercicios SilverSneakers®– Membresía básica a gimnasios incluyendo clases de ejercicios. Usted no paga nada.	

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Cuidado quiropráctico 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): <ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 20% del costo
Capacitación sobre autocontrol de la diabetes 1,2	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$0 • Fuera de la red: 50% del costo
Atención médica a domicilio 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$10 • Fuera de la red: 50% del costo
Hospicio	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.	
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios 1,2	Consulta de terapia individual o grupal: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 	Consulta de terapia individual o grupal: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$20 • Fuera de la red: 50% del costo
Cirugía ambulatoria ^{1,2}	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 	Hospital para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$300 • Fuera de la red: 20% del costo
Centro de cirugía ambulatoria ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$225 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$225 • Fuera de la red: 20% del costo
Artículos de venta libre (OTC)	Asignación de hasta \$25 cada tres meses para la compra de seleccionados suministros OTC en locaciones de Kelsey Pharmacy.	
Diálisis del riñón 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: 20% del costo • Fuera de la red: 50% del costo* <p>*Aplica a diálisis de riñón fuera de la red dentro del área de servicio</p>

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.

	Rx (HMO)	Rx+Choice (HMO-POS)
Consultas de Telemedicina	Las consultas electrónicas (E-visits) y por video son un beneficio cubierto de los médicos de atención de salud primaria (PCP) y de los especialistas contratados por Kelsey-Seybold.	
	<u>Consultas E-Visit / por video / por teléfono</u> <ul style="list-style-type: none"> • PCP \$0 • Especialista \$15 	<u>Consultas E-Visit / por video / por teléfono</u> <ul style="list-style-type: none"> • PCP \$0 • Especialista \$15 <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> • No están cubiertas
Rehabilitación para pacientes ambulatorios ^{1,2}	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta por 36 sesiones en el transcurso de 36 semanas):	
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$25 <u>Consulta de terapia ocupacional:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$25 • Fuera de la red: 50% del costo <u>Consulta de terapia ocupacional:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: Copago de \$10 • Fuera de la red: 50% del costo

Servicios con un ¹ pueden necesitar autorización previa.

Servicios con un ² pueden necesitar un referido de su médico.



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.