

2025

KelseyCare
Advantage
☆☆☆☆



RESUMEN DE BENEFICIOS

1-713-442-2COH (2264) (TTY: 711)

KelseyCareAdvantage.com/COH

H0332_COHSB25_M

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 713-442-2COH (2264) o al número gratuito 1-866-535-8405 (TTY: 711).

Entendiendo los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la <i>Evidencia de Cobertura (EOC)</i> , especialmente para aquellos servicios en los que consulta habitualmente a un médico. Visite www.KelseyCareAdvantage.com/COH o llame al 1-866-535-8405 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
	Revise el <i>Directorio de farmacias</i> para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Comprender las reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
	Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
	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).

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

<p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</p>	<p>Este folleto de Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que cubre KelseyCare Advantage Preferred (HMO) y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "<i>Evidencia de cobertura</i>".</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea comparar nuestro plan con otras coberturas que se le ofrecen como jubilado de la Ciudad de Houston, comuníquese con su antiguo empleador. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "<i>Medicare y usted</i>". Véalo en línea en http://www.medicare.gov o 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 de este libro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cosas que debe saber sobre KelseyCare Advantage Preferred • Prima mensual , límites en 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"> • El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. De lunes a viernes, hora local. Servicio de mensajería que se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales.
<p>Números de teléfono y sitio web</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-866-535-8405 (TTY: 711). • Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-800-663-7146 (TTY: 711). • Nuestro sitio web: www.KelseyCareAdvantage.com/COH
<p>¿Quién puede unirse?</p>	<p>Para unirse a KelseyCare Advantage, 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 en Texas: Austin Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Wharton y Waller.</p>

<p>¿A qué médicos y hospitales puedo acudir?</p>	<p>KelseyCare Advantage Preferred tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.</p>
<p>Los proveedores fuera de la red/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 <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información, incluido 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 usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red han preferido los costos compartidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias.</p> <p>Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.KelseyCareAdvantage.com/COH). 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>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, es posible que 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 reciben 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. Cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la 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/COH). O llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.</p>
<p>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</p>	<p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los 6 "niveles". Deberá usar su formulario para ubicar el nivel en el que 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 discutimos las etapas de beneficios que ocurren: Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica.</p>

Resumen de beneficios

1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

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

	KelseyCare Advantage Preferred (HMO)
¿Cuánto es la prima mensual?	\$42 por mes Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan no tiene deducible médico.
¿Hay algún límite en cuanto a cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	Sí. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al tener límites anuales en sus gastos de bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún tendrá que pagar las primas mensuales de la Parte B y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.
(Máxima Responsabilidad de Bolsillo)	Su (s) límite(s) anual(es) en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$3,400 por los servicios que reciba de proveedores dentro de la red.
¿Hay un límite en cuanto a cuánto pagará el plan?	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.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados¹	<ul style="list-style-type: none"> copago de \$300 por estadía
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios¹	<ul style="list-style-type: none"> copago de \$175
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)¹	<ul style="list-style-type: none"> copago de \$150

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

KelseyCare Advantage Preferred (HMO)	
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y Especialistas)^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 • Especialista: \$25 de copago
Cuidado preventivo	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 <p>Los servicios preventivos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de aneurisma de aorta abdominal • Consejería sobre el abuso del alcohol • Medición de la masa ósea • Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Cervical y pruebas de detección de cáncer de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Pruebas de detección del VIH • Servicios de terapia de nutrición médica • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual • Consejería para dejar de fumar (consejería para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco) • Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la antineumococo • Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Visita anual de "Bienestar" <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	<p>copago de \$120</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" de este folleto para conocer otros costos.</p>
Servicios que se necesitan con urgencia	<p>copago de \$25</p>

KelseyCare Advantage Preferred (HMO)	
Servicios de diagnóstico, laboratorios, Imagen¹	<p><u>Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 a \$150, según el servicio <p><u>Pruebas diagnósticas y procedimientos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 a \$25, según el servicio <p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 <p><u>Radiografías ambulatorias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15
Servicios de Audición¹	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15 <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0. Está cubierto para hasta un (1) examen de audición de rutina cada año.
Servicios dentales cubiertos por Medicare¹ <i>(consulte la sección de beneficios adicionales para otros servicios dentales). servicios disponibles)</i>	<p><u>Servicios dentales cubiertos por Medicare:</u> (Esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

	KelseyCare Advantage Preferred (HMO)
Servicios oftalmológicos	<p><u>Exámenes de la vista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 por cada examen ocular de rutina o examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. • copago de \$0 por cada examen anual de detección de glaucoma <p>límite de cobertura del plan de \$200 para anteojos, anteojos y/o lentes de contacto cada año no relacionados con la cirugía posterior a la catarata. El subsidio solo se puede utilizar en un día de servicio.</p> <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0
Servicios de salud mental (incluidos los pacientes hospitalizados) ¹	<p><u>Visita para pacientes hospitalizados:</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días en la vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$300 por estadía • Copago de \$0 por días de reserva de por vida (si están disponibles) <u>Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios:</u> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$20
Centro de Enfermería Especializada (SNF)¹	<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 durante los días 1 a 20 • copago de \$100 por día durante los días 21-100
Fisioterapia¹	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15
Ambulancia (transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare servicios)	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$100 por cada viaje de ida

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

KelseyCare Advantage Preferred (HMO)	
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0 <p>Este plan cubre hasta 20 viajes de ida para planificar ubicaciones aprobadas cada año.</p> <p>El transporte se limita a las citas médicas y a las instalaciones médicas dentro del área de servicio del plan.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • coaseguro de 0% a 15%

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Límite de cobertura inicial

Usted paga lo siguiente hasta que sus gastos anuales de bolsillo para medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.

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

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro folleto de Evidencia de Cobertura.

Costos compartidos preferidos para minoristas y pedidos por correo (límite de cobertura inicial)

Tier	suministro para 30 días	suministro para 90 días
Nivel 1 (genérico preferido)	copago de \$10	copago de \$30
Nivel 2 (genérico)	copago de \$15	copago de \$45
Nivel 3 (Marca preferida)	copago de \$30	copago de \$90
Nivel 4 (medicamento no preferido)	copago de \$45	copago de \$135
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	copago de \$75	Un suministro a largo plazo no está disponible en el Nivel 5.
Nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Selecto)	copago de \$0	copago de \$0

Costos compartidos estándar de venta minorista y pedidos por correo (límite de cobertura inicial)

Tier	suministro para 30 días	suministro para 90 días
Nivel 1 (genérico preferido)	copago de \$15	copago de \$45
Nivel 2 (genérico)	copago de \$20	copago de \$60
Nivel 3 (Marca preferida)	copago de \$35	copago de \$105
Nivel 4 (medicamentos no preferido)	copago de \$50	copago de \$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	copago de \$80	Un suministro a largo plazo no está disponible en el Nivel 5.
Nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Selecto)	copago de \$0	Copago de \$0 [suministro para 100 días]

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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

Cobertura catastrófica

Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Beneficios Médicos Adicionales

	KelseyCare Advantage Preferred (HMO)
Acupuntura¹	<p>Anualmente, el plan cubre hasta 12 visitas de acupuntura dentro de los 90 días para el dolor lumbar crónico; 8 sesiones adicionales si se muestra mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$20
Cuidado de los pies (servicios de podología)	<p><u>Exámenes y tratamiento de los pies si tienes daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumples con ciertas afecciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15
Equipos/suministros médicos (equipos médicos duraderos, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados)¹	<p><u>Equipos médicos duraderos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de coaseguro <p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un coseguro del 20% por los medidores y las tiras reactivas. • Usted paga un coseguro del 20% por lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones de control. <u>Zapatos o plantillas terapéuticas y dispositivos protésicos:</u> • 20% de coaseguro
Cuidado quiropráctico¹	<p><u>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna vertebral se mueven fuera de posición):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15
Capacitación para el autocontrol de la diabetes¹	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0
Cuidado de la salud en el hogar¹	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$0

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

KelseyCare Advantage Preferred (HMO)	
Hospicio	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio de un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Póngase en contacto con nosotros para obtener más detalles.
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios¹	<u>Visita de terapia individual o grupal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$20
Cirugía¹	<ul style="list-style-type: none"> • copago de \$175 en un hospital ambulatorio • copago de \$150 en el centro de cirugía ambulatoria
Artículos de venta libre (OTC)	No cubierto
Diálisis Renal¹	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coaseguro
Visitas de telemedicina	Las consultas electrónicas y las visitas por video son un beneficio cubierto para los médicos de atención primaria y especialistas de Kelsey-Seybold. <ul style="list-style-type: none"> • PCP: Consultas telefónicas, electrónicas y visitas por video con un PCP: \$0 de copago • Especialista: Especialidad, Salud Mental y otros proveedores - Consultas telefónicas, consultas electrónicas y visitas por video: copago de \$15
Rehabilitación ambulatoria¹	<u>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día durante un máximo de 36 sesiones durante 36 semanas):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$15 <u>Terapia ocupacional:</u> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$15

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.

Inserto multilingüe

Servicios de intérprete multilingüe

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

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866- 535-8343. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este é um serviço gratuito.

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

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

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Por favor, la información sobre el tema es 1-866-535-8343. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-535-8343. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-535-8343 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-535-8343. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 -866-535-8343번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: كعلي سالي، يروف مجرمت على لوللحص. ينادل يةودلأ لودج وأ بالصحة تتعلق سنلةأ يأنء للإجابة لمجانيةأ يروفلا مجرلمتا تامادخ مدنة نناإ
مجانية متخذ هذه. كتدمساء بيترلعا نديتد ما صشخ موسية 1-8343-535-866. بنا لاتصاا بوس.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-535-8343. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-535-8343. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este é um serviço gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-535-8343. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-535-8343にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 713-442-2COH (2264) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, una HMO y POS con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Comunícate con el plan para obtener más información.