

2025

HONOR (HMO)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

1-866-535-8343 (TTY: 711)
[KelseyCareAdvantage.com](https://www.KelseyCareAdvantage.com)

KelseyCare Advantage Core (HMO) ofrecido por KelseyCare Advantage

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de **KelseyCare Advantage Honor (HMO)**. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.KelseyCareAdvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **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.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (doctor, hospital).
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para obtener ayuda adicional, comuníquese con el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que limite su elección 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 2024, permanecerá en KelseyCare Advantage Core (HMO).

- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto cancelará su inscripción en KelseyCare Advantage Honor (HMO).
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si ha salido de una institución recientemente, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en el que salga.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de KelseyCare Advantage Core (HMO)

- KelseyCare Advantage, producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y punto de servicio (Point-of-Service, POS) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a KelseyCare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Core (HMO).
- Este plan no incluye la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, y usted no puede estar inscrito en otro plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene una cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura acreditable para medicamentos con receta (equivalente a la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Core (HMO)	12
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	13
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	14
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Core (HMO).....	15
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	15

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 para KelseyCare Advantage Honor (HMO) y los costos de 2025 para KelseyCare Advantage Core (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,850	\$4,500
Consultas en el consultorio del doctor	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$10 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta
Hospitalizaciones	Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de \$295 por estadía para los días 1-90.	Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de \$325 por día para los días 1-5; copago de \$0 para los días 6-90

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de KelseyCare Advantage Honor (HMO) a KelseyCare Advantage Core (HMO).

En diciembre de 2024, recibirá una nueva tarjeta de identificación. En su nueva tarjeta de identificación figurará el nombre KelseyCare Advantage Core (HMO).

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.
Prima mensual para beneficios complementarios opcionales La prima de este plan aplica a usted solamente si está inscrito en los Beneficios complementarios opcionales de odontología. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		\$22.50

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,850	<p style="text-align: center;">\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.KelseyCareAdvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días laborables.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en www.KelseyCareAdvantage.com para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos asistirlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (próximo año) Dentro de la red
Servicios de ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$225 por cada servicio de ambulancia terrestre solo de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$225 por cada servicio de ambulancia aérea solo de ida cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$275 por cada servicio de ambulancia terrestre solo de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por cada servicio de ambulancia aérea solo de ida cubierto por Medicare.</p>
Servicios odontológicos – Servicios preventivos	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta para servicios de extracción (consultas ilimitadas cada año).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de extracción (1 diente de por vida).</p>
	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta para servicios de endodoncia.</p>	<p>Los servicios de endodoncia <u>no</u> están cubiertos.</p>
	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta para servicios de periodoncia.</p>	<p>Los servicios de periodoncia <u>no</u> están cubiertos.</p>
	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada consulta para servicios de prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.</p>	<p>Los servicios de prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial <u>no</u> están cubiertos.</p>
	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$2,000 cada año para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 cada año para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos.</p>
	<p>Sin deducible para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos.</p>	<p>Deducible de \$25 para servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos.</p>

Costo	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (próximo año) Dentro de la red
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	Los monitores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM) preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.	Los monitores continuos de glucosa en sangre (CGM) preferidos son Dexcom G6, Dexcom G7 y FreeStyle Libre 14/2/3; todos los demás CGM están excluidos.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$120 por cada consulta de emergencia cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$125 por cada consulta de emergencia cubierta por Medicare.
Servicios auditivos	Usted paga un copago de \$0 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.
Atención médica a domicilio	Usted paga un copago de \$10 para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$295 por estadía para los días 1-90.</p> <p>Tras alcanzar el monto máximo de \$295 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía hospitalaria, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos.</p>	<p>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$325 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90.</p> <p>Tras alcanzar el monto máximo de \$1,625 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía hospitalaria, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos.</p>

Costo	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (próximo año) Dentro de la red
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	<p>Para las internaciones en un hospital psiquiátrico cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$295 por estadía para los días 1-90.</p> <p>Tras alcanzar el monto máximo de \$295 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía en un hospital psiquiátrico, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos.</p>	<p>Para las internaciones en un hospital psiquiátrico cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$325 por día para los días 1-5 y un copago de \$0 por día para los días 6-90.</p> <p>Tras alcanzar el monto máximo de \$1,625 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía hospitalaria, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos.</p>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	<p>Para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$0 a \$150.</p>	<p>Para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), usted paga un copago de \$25 a \$200.</p>
Observación hospitalaria para pacientes externos	<p>Usted paga un copago de \$200 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$300 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (próximo año) Dentro de la red
<p>Cirugía para pacientes externos</p>	<p>Incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio, usted paga un copago de \$200.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$175.</p>	<p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio, usted paga un copago de \$300.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$300.</p>
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$50 cada 3 meses para artículos de venta libre.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$25 cada 3 meses para artículos de venta libre.</p>
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p>Para las hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$125 por día para los días 21-100.</p>	<p>Para las hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga un copago de \$0 por día para los días 1-20 y un copago de \$214 por día para los días 21-100.</p>

Costo	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (próximo año) Dentro de la red
Transporte (de rutina)	Usted paga un copago de \$0 para servicios de transporte (20 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan).	El transporte <u>no</u> está cubierto. <i>(El transporte de los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos [Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI] sigue estando cubierto para los miembros que cumplan los requisitos. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener información detallada).</i>
Servicios de atención de urgencia	Usted paga un copago de \$5 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.
Atención de la vista	Usted paga un copago de \$0 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.	Usted paga un copago de \$20 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Administración de beneficios odontológicos	FCL Dental	Dental Benefit Providers/UHC Dental
Administración de beneficios de medicamentos con receta de la Parte B	CVS Caremark	Optum Rx

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Core (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan KelseyCare Advantage Core (HMO).

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que haya una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Core (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Core (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo
 - *O BIEN*, 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 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare 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 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen 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 las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si ha salido de una institución recientemente, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en el que salga.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de Texas).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas), visite su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 7 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.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los 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 una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - 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.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. O bien a
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Programa de salud renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede seguir proporcionándole asistencia con los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare cuando estos se encuentran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP): 1-800-255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Core (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalle 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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para KelseyCare Advantage Core (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.KelseyCareAdvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.KelseyCareAdvantage.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Visite 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 en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025)

Consulte el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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.

Spanish: 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 es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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。

Chinese Cantonese: 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。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-535-8343. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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.

Vietnamese: 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 .

German: 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.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-535-8343번으로 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: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-535-8343. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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।

Italian: 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 serviço é 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.

Polish: 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.

Japanese: 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。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

H0332_MLI2025_M

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	<p>1-866-535-8343</p> <p>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.</p> <p>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. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>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.</p> <p>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. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
SITIO WEB	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.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
TTY	<p>1-800-735-2989</p> <p>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.</p>
ESCRIBE	<p>701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751</p>
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

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.