

KelseyCare
Advantage
★★★★★



2025

RESUMEN DE BENEFICIOS

Signature (HMO) • Freedom (HMO-POS) • Core (HMO)

1-866-535-8343 (TTY: 711)

[KelseyCareAdvantage.com](https://www.KelseyCareAdvantage.com)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la 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-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Comprender los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un doctor. 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 <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su doctor) para asegurarse de que los doctores que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo doctor.
	Para los planes KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y Signature (HMO), revise el <i>Directorio de farmacias</i> para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que usted deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.

Comprender reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
	Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2026.
	Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (doctores que no figuran en el directorio de proveedores), a menos que usted esté inscrito en el plan KelseyCare Advantage Freedom.
	El plan KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) permite que lo atiendan proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

H0332_SB25_M

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 cubren KelseyCare Advantage Core (HMO), KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y KelseyCare Advantage Signature (HMO), 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 “<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 otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en http://www.medicare.gov. • Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “<i>Medicare & You</i>” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en http://www.medicare.gov, u obtenga una copia 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.
<p>Secciones en este folleto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qué debe saber sobre KelseyCare Advantage Core (HMO), KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y KelseyCare Advantage Signature (HMO). • Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos. • Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos. • Beneficios de medicamentos con receta (si corresponde).
<p>Horario de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Números de teléfono y sitio web</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si es miembro de este plan, llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Si no es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). • Nuestro sitio 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 para KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y KelseyCare Advantage Core (HMO) incluye los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller, Wharton y Galveston (excluida la isla).</p> <p>Nuestra área de servicio para KelseyCare Advantage Signature (HMO) incluye los siguientes condados de Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery y Galveston (excluida la isla).</p>

¿Qué doctores y hospitales puedo utilizar?	KelseyCare Advantage Core (HMO)	KelseyCare Advantage Signature (HMO)	KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)
	Cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.		Cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. <i>Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no estén en nuestra red. Es posible que pague un costo mayor si utiliza proveedores fuera de la red.</i>
Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicios para los miembros o consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.			
¿Qué farmacias puedo utilizar?	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	<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. Es posible que pague menos si utiliza 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). O bien, llámenos a los números de teléfono indicados anteriormente 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 Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se indican en este folleto.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D en los planes KelseyCare Advantage Freedom y Signature.</p> <p>Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (www.KelseyCareAdvantage.com). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte D no están cubiertos en KelseyCare Advantage Core.</p>		
<p>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</p>	<p>KelseyCare Advantage Core</p> <p>No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.</p>	<p>KelseyCare Advantage Signature</p> <p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de 6 “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 estas etapas de beneficios: la Etapa del deducible, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>	<p>KelseyCare Advantage Freedom</p>

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

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

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
¿Cuánto cuesta la prima mensual?	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
	Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
¿Cuánto cuesta el deducible?	Estos planes no tienen 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 con límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos que paga de su 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 con receta de la Parte D.</p>		
(Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo)	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4,500 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"> • \$4,500 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"> • \$6,500 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 algún límite sobre cuánto pagará el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura al año para ciertos beneficios dentro y fuera de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios aplican.		

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados 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 \$325 por día para los días 1-5 • Copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible). 		<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$375 por día para los días 1-5 • Copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible). <p><u>Fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40% por estadía
Cobertura hospitalaria para pacientes externos¹	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 		<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$350 <p><u>Fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40% por estadía

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$300 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$300 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% por estadía
Consultas con el doctor (proveedores de atención primaria y especialistas) ²	<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 \$20 		<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 \$35 <u>Consulta en un consultorio fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Consulta de atención primaria: Copago de \$10 Consulta con un especialista*: Copago de \$60 <i>* Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</i>

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom	
Atención preventiva	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% 	
	<p>Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento sobre el abuso de alcohol Medición de la masa ósea Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina 			<ul style="list-style-type: none"> Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, prueba de ADN en heces) Prueba de detección de depresión Prueba de detección de diabetes Prueba de detección de VIH Servicios de terapia de nutrición médica Prueba de detección de obesidad y asesoramiento Pruebas de detección de cáncer de próstata (prostate-specific antigen, PSA)
	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.			
Atención de emergencia	Copago de \$125 No se aplica el copago si se lo ingresa al hospital dentro de 3 días para la misma afección. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer otros costos.			
Servicios de urgencia	Copago de \$25		Copago de \$40	

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes¹	Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computadas):		
	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$25 a \$200, según el servicio		<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$25 a \$200, según el servicio <u>Fuera de la red</u> • Coseguro del 40%
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico:		
	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0 a \$25, según el servicio		<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0 a \$25, según el servicio <u>Fuera de la red</u> • Coseguro del 40%
	Servicios de laboratorio:		
	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0		<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> • Coseguro del 40% en cualquier otro proveedor
	Radiografías para pacientes externos:		
	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0		<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> • Coseguro del 40%
	Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):		
	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$50		<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$50 <u>Fuera de la red</u> • Coseguro del 40%

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Servicios auditivos¹	Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen auditivo de rutina al año. Copago de \$20 para exámenes auditivos de diagnóstico. 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen auditivo de rutina al año. Copago de \$35 para exámenes auditivos de diagnóstico. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
	Asignación para audífonos		
	<p>Nuestro plan paga una cobertura máxima de hasta \$750 por oído para audífono(s) cada tres años. Usted paga todo monto por encima de la asignación del plan. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>		
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare (consulte la sección sobre beneficios adicionales para conocer otros servicios odontológicos disponibles)	Esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> No están cubiertos

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Atención de la vista	Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios: Los miembros que se realicen exámenes de la vista tendrán un copago de \$0 en su primera consulta del año, independientemente de si el examen de la vista es un servicio médico o de rutina. Los miembros deberán pagar el copago de especialista para todos los exámenes de la vista posteriores.		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año. \$20 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Límite de cobertura del plan de \$125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio. Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma. 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año. Copago de \$35 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Límite de cobertura del plan de \$175 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio. Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% para cada examen de la vista de rutina o examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. 40% del costo total por una prueba anual de detección de glaucoma.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Atención de la vista (continuación)	<i>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> 40% del costo total para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. 	

Servicios de salud mental (incluso para pacientes internados) ¹	<i>Consulta psiquiátrica para pacientes internados:</i> <i>Recibe hasta 190 días de por vida de atención hospitalaria psiquiátrica cubierta por Medicare. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</i>	
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$325 por día para los días 1-5. • Copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible). 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$375 por día para los días 1-5. • Copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible). <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40% por estadía.
	<i>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos (no necesita autorización previa)</i>	
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40%

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)¹	<i>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por día para los días 1-20 Copago de \$214 por día para los días 21-100 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$214 por día para los días 21-100. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% por estadía
Fisioterapia ¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Ambulancia (Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$275 por cada viaje solo de ida 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$275 por cada viaje solo de ida. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$400 por cada viaje solo de ida en ambulancia terrestre o aérea.

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Transporte (de rutina)	No están cubiertos.	Copago de \$0 para 10 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan.	Copago de \$0 para 10 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (servicios de transporte)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 para servicios de transporte ilimitados a lugares aprobados por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan revisará las reclamaciones y recabará información para identificar si usted reúne los requisitos y le comunicará si es elegible a nuestro proveedor de transporte. Viajes ilimitados solo de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan con otros medios de transporte cubiertos, como automóvil, camioneta, furgoneta y vehículo adaptado para sillas de ruedas. <p><i>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen con los requisitos.</i></p>		
	<ul style="list-style-type: none"> Nuestro beneficio de transporte de los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI) está disponible para miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) Cáncer Trastornos hematológicos graves 	<ul style="list-style-type: none"> Nuestro beneficio de transporte de los SSBCI está disponible para miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> ESRD Cáncer Insuficiencia cardiaca (CHF) Trastornos hematológicos graves 	<ul style="list-style-type: none"> Nuestro beneficio de transporte de los SSBCI está disponible para miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> ESRD Cáncer Insuficiencia cardiaca (CHF) Trastornos hematológicos graves

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (servicios de transporte) (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros pueden recibir viajes ilimitados de transporte que no sea de emergencia a sus citas médicas para diálisis, quimioterapia de infusión, radioterapia y clínica de Coumadin. <p><i>Insuficiencia cardiaca (congestive heart failure, CHF). Esta enfermedad no cumple con los requisitos del plan Core.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros pueden recibir viajes ilimitados de transporte que no sea de emergencia a sus citas médicas para diálisis, consulta por insuficiencia cardiaca, quimioterapia de infusión, radioterapia y clínica de Coumadin. 	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros pueden recibir viajes ilimitados de transporte que no sea de emergencia a sus citas médicas para diálisis, consulta por insuficiencia cardiaca, quimioterapia de infusión, radioterapia y clínica de Coumadin.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	<i>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% al 20% <p>No pagará más de \$35 al mes por la insulina cubierta de la Parte B. No se aplican los deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan.</p>		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% al 20% <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% al 40% <p>No pagará más de \$35 al mes por la insulina cubierta de la Parte B. No se aplican los deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan.</p>

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

Beneficios de medicamentos con receta (medicamentos de la Parte D de Medicare)

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Deducible de farmacia (Parte D)	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	\$100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	\$200 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.
Cobertura inicial	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	Usted paga lo que se indica abajo hasta que los costos anuales totales de sus medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos anuales totales de los medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de la red. El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y de cuándo entre en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro folleto de Evidencia de cobertura.	
Costo compartido minorista y de pedido por correo preferidos (límite de cobertura inicial)	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	<p><u>Nivel 1 (Genérico preferido)</u> Copago de \$0 por un suministro para un mes. Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 2 (Genérico)</u> Copago de \$5 por un suministro para un mes. Copago de \$12.50 por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 3 (Marca preferida)</u> Copago de \$40 por un suministro para un mes. Copago de \$100 por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</u> Coseguro del 40% por un suministro para un mes. Coseguro del 40% por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</u> Coseguro del 30% por un suministro para un mes (no hay suministros a largo plazo disponibles).</p> <p><u>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</u> Copago de \$0 por un suministro para un mes. Copago de \$0 por un suministro para 100 días.</p>	

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Costo compartido minorista y de pedido por correo estándar	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	<p><u>Nivel 1 (Genérico preferido)</u> Copago de \$7 por un suministro para un mes. Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 2 (Genérico)</u> Copago de \$15 por un suministro para un mes Copago de \$45 por un suministro para tres meses</p> <p><u>Nivel 3 (Marca preferida)</u> Copago de \$47 por un suministro para un mes. Copago de \$141 por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</u> Coseguro del 40% por un suministro para un mes. Coseguro del 40% por un suministro para tres meses.</p> <p><u>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</u> Coseguro del 30% por un suministro para un mes (no hay suministros a largo plazo disponibles)</p> <p><u>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</u> Copago de \$0 por un suministro para un mes. Copago de \$0 por un suministro para 100 días.</p>	

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Cobertura en situaciones catastróficas	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	<p>Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. <p>Para los medicamentos mejorados que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted sigue pagando el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial.</p>	
Beneficios adicionales de medicamentos con receta	No se ofrecen beneficios de la Parte D con este plan.	<p>Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Esta incluye la cobertura de los siguientes medicamentos del Nivel 2 de costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sildenafil 25 MG - QL 6/30 • sildenafil 50 MG - QL 6/30 • sildenafil 100 MG - QL 6/30 • ácido fólico 1 MG - QL 30/30 • ergocalciferol 1.25 MG • vitamina B12 1000 MCG/ML <p>El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>	

Beneficios médicos adicionales

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Acupuntura ¹	Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura en un plazo de 90 días para el dolor lumbar crónico, y 8 sesiones adicionales si se observa una mejoría. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionadas con la diabetes o cumple ciertos requisitos.		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Equipo médico/ suministros ¹	Equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 15%-20% 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 15%-20% <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
 Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Equipo médico/ suministros (continuación)	<i>Suministros para el control de la diabetes</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% si usa una marca preferida de suministros para pruebas de diabetes (incluye medidores y tiras reactivas). • Las marcas preferidas son LifeScan (es decir, OneTouch®) y Roche (es decir, ACCU-CHEK®). • Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control. <p><i>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</i></p>	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0% si usa una marca preferida de suministros para pruebas de diabetes (incluye medidores y tiras reactivas). • Las marcas preferidas son LifeScan (es decir, OneTouch®) y Roche (es decir, ACCU-CHEK®). • Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control. <p><i>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</i></p>	<u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40% (incluso si se utilizan marcas preferidas)
	<i>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20% 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20% 	<u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 40%

	Medidores continuos de glucosa en sangre	
Equipo médico/ suministros (continuación)	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Medidores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM): Coseguro del 15% en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los CGM preferidos son Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre 14/2/3. Los otros CGM no están cubiertos. 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Medidores continuos de glucosa en sangre (CGM): Coseguro del 15% en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de DME. Los CGM preferidos son Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre 14/2/3. Los otros CGM no están cubiertos. <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Atención quiropráctica¹	Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Capacitación para el autocontrol de la diabetes¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Atención médica a domicilio¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 		<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Hospicio	Usted no paga nada por el cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de alivio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan.		
Servicios para trastornos por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	<i>Consulta de terapia individual o grupal</i>		
	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% 	
Cirugía¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$300 en un hospital para pacientes externos Copago de \$300 en un centro de cirugía ambulatoria 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$350 en un hospital para pacientes externos Copago de \$300 en un centro de cirugía ambulatoria <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% 	
Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	Usted recibe una asignación de \$25 cada 3 meses para artículos de venta libre autorizados.		
Diálisis renal¹	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 20% 	<u>Dentro de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 20% <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% 	

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Freedom	KelseyCare Advantage Freedom
Consultas por telemedicina	Las consultas por teléfono, electrónicas y por video con doctores de atención primaria y especialistas contratados por Kelsey-Seybold son un beneficio cubierto (solo dentro de la red)		
	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria: copago de \$0 por cada consulta por telesalud con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. Especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: copago de \$15 por cada consulta por telesalud con un especialista cubierta por Medicare. 		
Rehabilitación para pacientes externos ¹	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día y hasta 36 sesiones en un período de 36 semanas):		
	<u>Dentro de la red</u>		<u>Dentro de la red</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 		<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
	Terapia ocupacional:		
	<u>Dentro de la red</u>		<u>Dentro de la red</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$20 		<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$35 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40%
Terapia física y del habla:			
<u>Dentro de la red</u>		<u>Dentro de la red</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 		<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 <u>Fuera de la red</u> <ul style="list-style-type: none"> Coseguro del 40% 	

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Servicios odontológicos preventivos e integrales	<p>Monto máximo de \$1,500 permitido cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p>La cobertura comienza una vez que se alcance el deducible de \$25.</p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada y la lista de códigos cubiertos.</p> <p>Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.</p>	<p>Monto máximo de \$2,500 permitido cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada y la lista de códigos cubiertos.</p> <p>Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.</p>	<p>Monto máximo de \$2,000 permitido cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada y la lista de códigos cubiertos.</p> <p>Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.</p>
	<p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (Profilaxis) • Evaluación oral periódica • Evaluación oral integral • Evaluación oral exhaustiva • Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas) <p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oral de restauración • Cirugía Oral y Maxilofacial • Servicios adicionales <p>(Para algunos servicios puede ser necesaria una evaluación clínica)</p>	<p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (Profilaxis) • Evaluación oral periódica • Evaluación oral integral • Evaluación oral exhaustiva • Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas) <p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oral de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía Oral y Maxilofacial • Servicios adicionales 	<p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (Profilaxis) • Evaluación oral periódica • Evaluación oral integral • Evaluación oral exhaustiva • Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas) <p>Coseguro del 0% para los siguientes servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oral de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía Oral y Maxilofacial • Servicios adicionales

Los servicios con un ¹ pueden requerir autorización previa.
Los servicios con un ² pueden requerir una remisión de su doctor.

	KelseyCare Advantage Core	KelseyCare Advantage Signature	KelseyCare Advantage Freedom
Servicios odontológicos opcionales (aplicables solo si se adquiere el beneficio) (Para algunos servicios puede ser necesaria una evaluación clínica)	Usted tiene la opción de inscribirse en un beneficio odontológico complementario opcional por una prima mensual adicional de \$22.50. Descripción de la cobertura: Máximo anual - \$3,000 Sin deducible Servicios cubiertos: usted paga el 50%	La cobertura odontológica complementaria opcional no está disponible en el plan Signature.	La cobertura odontológica complementaria opcional no está disponible en el plan Freedom.

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 panggamot. 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 대해 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。



Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo

8:00 a.m. a 8:00 p.m.

7 días a la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre

8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Lunes a Viernes KelseyCare

KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Cada año, Medicare evalúa los planes en base a un sistema de calificación de 5 estrellas. No todos los beneficios están disponibles en todos los planes. ©2024 KelseyCare Advantage . Todos los derechos reservados.