

# 2025



# AVISO ANUAL DE CAMBIOS

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

## ***KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO) ofrecido por KelseyCare Advantage***

### **Aviso Anual de Cambios para 2025**

Actualmente está inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

---

#### **¿Qué hacer ahora?**

##### **1. PREGUNTE:** ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Averigüe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

#### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (expira: 31 de agosto de 2026)

Servicio de mensajería que se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales. Esta convocatoria es gratuita.

- Esta información está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de KelseyCare Advantage Preferred Rx**

- 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.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a KelseyCare Advantage. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO).

H0332\_TWUANOC25\_ES\_M

## ***Aviso Anual de Cambios para 2025*** **Tabla de contenido**

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 –Cambios en la Prima Mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en su Monto Máximo de Desembolso .....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	8
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	9
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>13</b>
Sección 3.1 –Si desea permanecer en KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO).....	13
Sección 3.2–Si desea cambiar de plan.....	14
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes.....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>15</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO).....	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16

### Resumen de costos importantes para 2025

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

Costar	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$100	\$100
<p><b>Monto máximo de desembolso</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	\$2,500	\$2,500
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$5 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$5 de copago por visita</p>
<p><b>Estancias hospitalarias para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: copago de \$175 por estadía</p> <p>No hay límite en el número de días cubiertos.</p>	<p>Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: copago de \$175 por estadía</p> <p>No hay límite en el número de días cubiertos.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p>

Costar	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: copago de \$10 en una farmacia preferida de la red o con un copago de \$15 en una farmacia de la red</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20 en una farmacia preferida de la red o copago de \$25 en una farmacia de la red</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: copago de \$20 en una farmacia preferida de la red o copago de \$25 en una farmacia de la red  Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: copago de \$40 en una farmacia preferida de la red o copago de \$50 en una farmacia de la red  Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 25% del costo total en una farmacia preferida de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: copago de \$10 en una farmacia preferida de la red o con un copago de \$15 en una farmacia de la red</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20 en una farmacia preferida de la red o copago de \$25 en una farmacia de la red</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: copago de \$20 en una farmacia preferida de la red o copago de \$25 en una farmacia de la red  Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: copago de \$40 en una farmacia preferida de la red o copago de \$50 en una farmacia de la red  Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 25% del costo total en una farmacia preferida de la</li> </ul>

red o 25% del costo total en una farmacia de la red

Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel

- Nivel de medicamentos 6: copago de \$0 en una farmacia preferida de la red o con un copago de \$0 en una farmacia de la red

Cobertura catastrófica:

Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada.

red o 25% del costo total en una farmacia de la red

Costo Compartido Estándar de Insulina: Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel

- Nivel de medicamentos 6: copago de \$0 en una farmacia preferida de la red o con un copago de \$0 en una farmacia de la red

Cobertura catastrófica:

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

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año****Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual**

<b>Costar</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año que viene)</b>
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$100	\$100  No hay cambios para el próximo año de beneficios.

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Sección 1.2 – Cambios en su Monto Máximo de Desembolso**

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanzas esta cantidad, por lo general no pagas nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

<b>Costar</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (el año que viene)</b>
<b>Monto máximo de desembolso</b>  Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se cuentan para el monto máximo de desembolso. Los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$2,500	\$2,500  Una vez que haya pagado \$2,500 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.



## Section 1.3 – Changes to the Provider and Pharmacy Networks

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre el proveedor y/o la farmacia o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Revise el [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU) del *Directorio de proveedores de 2025* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU) del *Directorio de Farmacias 2025* para ver qué farmacias están en nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores te afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarte.

## Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. En la siguiente información se describen estos cambios.

Costar	2024 (este año) Dentro de la red	2025 (el año que viene) Dentro de la red
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>	Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico. El beneficio incluye la aptitud de la memoria y la aptitud física.	El beneficio de acondicionamiento físico <u>no</u> está cubierto.

---

## Section 1.5 – Changes to Part D Prescription Drug Coverage

---

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un medicamento diferente costo compartido o agregar nuevas restricciones o ambos.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo fabriquemos o que no obtenga un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilares#Para%20Pacientes>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

**Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados**

**Nota:** Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), es posible que la **información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un folleto por separado, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben "Ayuda Adicional" para Pagar Medicamentos Recetados* (también llamado *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo de LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros y pregunte por la *Cláusula Adicional de LIS*.

A partir de 2025, hay 3 **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento por Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento para Fabricantes. Bajo el Programa de Descuento para Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Cambios en la etapa del deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en los costos compartidos en la etapa inicial de cobertura**

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b>  Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga su parte del costo.</b>	El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red es:	El costo de un suministro para un mes en una farmacia de la red es:

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel 1: Genérico preferido:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$15 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$10 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 2: Genérico:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$25 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$20 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 3: Marca preferida:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$25 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$20 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$50 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$40 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 5: Nivel de especialidad:</b> Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total por receta. Costo compartido preferido: Usted paga el 25% del costo total por receta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel 1: Genérico preferido:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$15 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$10 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 2: Genérico:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$25 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$20 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 3: Marca preferida:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$25 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$20 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b> Costo compartido estándar: Usted paga un copago de \$50 por receta. Costo compartido preferido: Usted paga un copago de \$40 por receta.</li> <li>• <b>Nivel 5: Nivel de especialidad:</b> Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total por receta. Costo compartido preferido: Usted paga el 25% del costo total por receta.</li> </ul>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
	<p>• <b>Nivel 6: Medicamentos de cuidado seleccionados:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica)</p>	<p>• <b>Nivel 6: Medicamentos de cuidado seleccionados:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

**Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica**

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos para Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Si llegas a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (el año que viene)
<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>	No aplicable	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros en línea <a href="http://www.m3p-form.optumrx.com/?cid=KCA">http://www.m3p-form.optumrx.com/?cid=KCA</a> o llámenos al 844-368-8729 (TTY: 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> .
<b>Administración de beneficios de medicamentos recetados</b>	CVS Caremark	Optum Rx

**SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir****Sección 3.1 – Si desea permanecer en KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO)**

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original, se le inscribirá automáticamente en nuestro KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO).

---

## Section 3.2 – If you want to change plans

---

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, comuníquese con la oficina de beneficios de TWU.

### SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar de plan, comuníquese con la oficina de beneficios de TWU.

### SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Consejería y Defensa de la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) (SHIP de Texas).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar **asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas con Medicare. Los consejeros del Programa de Información, Consejería y Defensa de la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) (SHIP, por sus siglas en inglés) de Texas pueden ayudarlo** con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Información, Consejería y Defensa de la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) (SHIP de Texas) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Información, Consejería y Defensa de la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) (SHIP de Texas) visitando su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

### SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - La oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de Cuidado de la Salud Renal de Texas (KHC, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados

medicamentos en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud.

- **Asistencia para compartir el costo de las recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos según la definición del estado y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia para compartir el costo de los medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). 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.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 844-368-8729 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de KelseyCare Advantage Preferred Rx (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343. (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local. Servicio de mensajería que se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2025* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de KelseyCare Advantage (HMO) de 2025*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU). También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.



### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com/TWU](http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

---

## **Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre el costo, la cobertura y la calidad de las calificaciones por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2025***

Lea el acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

## 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.

**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. A continuación, se puede llamar a la red de información y a la información sobre el 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.

**Árabe:** 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.

**Portuguése:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter mmm 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.

**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。

Formulario CMS-10802  
(Expira el 31/12/25)

H0332\_MLI2024\_M

<b>MÉTODO</b>	<b>Servicios para miembros de KelseyCare Advantage - Información de contacto</b>
<b>LLAMAR</b>	<p><b>713-442-2273 o 1-866-535-8343</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días festivos federales.</p>
<b>FAX</b>	713-442-5450
<b>ESCRIBIR</b>	<p>KelseyCare Advantage ATTN:  Servicios para miembros  Apartado postal 841569  Pearland, TX 77584-9832</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.KelseyCareAdvantage.com/TWU">www.KelseyCareAdvantage.com/TWU</a>

### **Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (HICAP)**

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas con Medicare.

<b>MÉTODO</b>	<b>Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud (HICAP) (SHIP) de Texas - Información de contacto</b>
<b>LLAMAR</b>	1-800-252-9240
<b>TTY</b>	<p>1-800-735-2989</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.</p>
<b>ESCRIBIR</b>	<p>701 Calle 51 Oeste  MC: W275  Austin, TX 78751</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>

**Declaración de divulgación de PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.