

2025

THRIVE (HMO-POS)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

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

KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) ofrecido por KelseyCare Advantage

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de **KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)**. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 9 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).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para comprobar si en 2025 alguno de estos medicamentos cambiará a otro nivel de costo compartido o si tendrá restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o límites de cantidad.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores,

incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- Compruebe si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- 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 Freedom (HMO-POS).
- 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 al plan KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS).
- 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 Freedom (HMO-POS)

- 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 Freedom (HMO-POS).

H0332_011ANOC25_M

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2025..... | 9 |
| SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) en 2025 | 22 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 23 |
| Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual..... | 23 |
| Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo..... | 24 |
| Sección 2.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores | 27 |
| Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 28 |
| Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D45 | |

| | | |
|--|--|-----------|
| SECCIÓN 3 | Cambios administrativos | 61 |
| SECCIÓN 4 | Cómo decidir qué plan elegir | 64 |
| Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)..... | | 64 |
| Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan..... | | 64 |
| SECCIÓN 5 | Plazo para el cambio de plan | 66 |
| SECCIÓN 6 | Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 68 |
| SECCIÓN 7 | Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 69 |
| SECCIÓN 8 | ¿Tiene preguntas? | 72 |
| Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)..... | | 72 |
| Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | | 74 |

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 para KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS) y los costos de 2025 para KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) 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* | \$0 | \$0 |
| * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles. | | |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|------------------------|---------------------------|
| Monto máximo que paga de su bolsillo | \$6,000 | \$6,500 |
| <p>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).</p> | | |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|------------------------|---------------------------|
| Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (POS) fuera de la red | \$10,000 | \$10,000 |
| <p>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B recibidos mediante el beneficio de POS. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p> | | |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| Consultas en el consultorio del doctor | <u>Dentro de la red</u> | <u>Dentro de la red</u> |
| | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta | Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta |
| | Consultas a especialistas: Copago de \$40 por consulta. | Consultas a especialistas: Copago de \$35 por consulta. |
| | <u>Fuera de la red:</u> | <u>Fuera de la red:</u> |
| | Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta | Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|--|--|
| | <p>Consultas a especialistas*: Copago de \$60 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>* Coseguro del 40% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare con proveedores de MD Anderson.</p> | <p>Consultas a especialistas*: Copago de \$60 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>* Coseguro del 40% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare con proveedores de MD Anderson.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| Hospitalizaciones | Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de \$375 por día para los días 1-5; copago de \$0 para los días 6-90. | Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de \$375 por día para los días 1-5; copago de \$0 para los días 6-90. |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles. | Deducible: \$100, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. | Deducible: \$200, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Copago/Co-seguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$7 en una farmacia de la red. | <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Copago/Co-seguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$7 en una farmacia de la red. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 2: copago de \$5 en una farmacia de la red preferida o copago de \$15 en una farmacia de la red. • Medicamentos de nivel 3: copago de \$45 en una farmacia de la red preferida o copago de \$47 en una farmacia de la red. | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 2: copago de \$5 en una farmacia de la red preferida o copago de \$15 en una farmacia de la red. • Medicamentos de nivel 3: copago de \$40 en una farmacia de la red preferida o copago de \$47 en una farmacia de la red. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|--|---|
| | <p>Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 4: copago de \$90 en una farmacia de la red preferida o copago de \$100 en una | <p>Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: coseguro del 40% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 40% en una |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|--|--|
| | farmacia de la red. | farmacia de la red. |
| | Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 31% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 31% en una farmacia de la red. <p>Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: coseguro del 30% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 30% en una farmacia de la red. <p>Costo compartido estándar de la insulina - usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de nivel 6: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$0 en una farmacia de la red. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. | <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de nivel 6: copago de \$0 en una farmacia de la red preferida o copago de \$0 en una farmacia de la red. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none">• En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Es posible que tenga costo compartido para medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado. | <ul style="list-style-type: none">• Es posible que tenga costo compartido para medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado. |

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) en 2025

El 1 de enero de 2025, KelseyCare Advantage combinará KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS) con uno de nuestros planes, KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS). La información de este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2025 como miembro de KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS).

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

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2024, lo inscribiremos automáticamente como miembro de nuestro plan KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos con receta a través de KelseyCare Advantage Freedom

(HMO-POS). Si desea cambiar de plan o pasarse a Original Medicare, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

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. |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para

medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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) |
|---|------------------------|--|
| Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$6,000 | \$6,500 Una vez que haya pagado \$6,500 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. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|------------------------|---------------------------|
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (POS) fuera de la red</p> | \$10,000 | \$10,000 |
| <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de POS fuera de la red. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | | |

Sección 2.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Hay una red de farmacias para los planes de medicamentos de Medicare. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red. En nuestra red hay farmacias con un costo compartido preferido, lo cual le puede ofrecer un costo compartido inferior al estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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 farmacias 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.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2025* en www.KelseyCareAdvantage.com para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias 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) | 2025 (próximo año) |
|---------------------------------------|--|--|
| <p>Acupuntura</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de ambulancia</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$100 por cada servicio de ambulancia terrestre solo de ida cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$100 por cada servicio de ambulancia aérea solo de ida cubierto por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$275 por cada servicio de ambulancia terrestre solo de ida cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$275 por cada servicio de ambulancia aérea solo de ida cubierto por Medicare.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|--|--|
| | <p><u>Fuera de la red</u></p> <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><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$400 por cada servicio de ambulancia terrestre solo de ida cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$400 por cada servicio de ambulancia aérea solo de ida cubierto por Medicare.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Servicios de quiropráctica</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de servicios de quiropráctica cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de servicios de quiropráctica cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios odontológicos – Cubiertos por Medicare</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta para servicios odontológicos cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta para servicios odontológicos cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Servicios odontológicos – Preventivos e integrales</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Monto máximo de cobertura del plan de \$3,500 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><u>Dentro de la red</u> 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> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|--|
| <p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>Atención de emergencia</p> | <p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$100 por cada consulta de emergencia cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$125 por cada consulta de emergencia cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------------------------|--|---|
| Flex Wallet | \$1,000 para los costos que pague de su bolsillo para los gastos odontológicos, de la vista, auditivos o de ejercicio físico. | El servicio de Flex Wallet no está cubierto. |
| Beneficio de ejercicios | <u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 para el beneficio de ejercicios. Los beneficios incluyen ejercicios físicos y para la memoria. | <u>Dentro de la red</u> El beneficio de ejercicios <u>no</u> está cubierto. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|----------------------------|---|---|
| Servicios auditivos | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> |
| | <p><u>Fuera de la red</u> El beneficio de examen de rutina para la adaptación y evaluación de audífonos <u>no</u> está cubierto.</p> | <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 40% por cada consulta de rutina para la adaptación y evaluación de audífonos (1 consulta cada año).</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> | <p><u>Dentro de la red</u> 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><u>Dentro de la red</u> 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> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$325 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$350 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Cirugía para pacientes externos</p> | <p>Incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio, usted paga un copago de \$325.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$175.</p> | <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio, usted paga un copago de \$350.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$300.</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| Artículos de venta libre | Monto máximo de cobertura del plan de \$150 cada 3 meses para artículos de venta libre. | Monto máximo de cobertura del plan de \$25 cada 3 meses para artículos de venta libre. |
| Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor | <u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. | <u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Servicios de podiatría</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> | <p><u>Dentro de la red</u> 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><u>Dentro de la red</u> 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) | 2025 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Servicios de transporte</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas.</p> | <p>El beneficio de transporte de los SSBCI no está cubierto.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de transporte (viajes ilimitados de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan).</p> <p>El transporte es exclusivo para los miembros que reúnan los requisitos para los SSBCI. Nuestro beneficio de transporte de los SSBCI está disponible para miembros que</p> |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|-----------------|---|
| No todos los miembros cumplen con los requisitos. | | tienen ciertas enfermedades crónicas, que incluyen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), insuficiencia cardiaca (congestive heart failure, CHF), cáncer y trastorno hematológico grave. Los miembros pueden recibir viajes ilimitados de transporte que no sea de |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|------------------------|---|
| | | emergencia a sus citas médicas para diálisis, consulta por insuficiencia cardiaca , quimioterapia de infusión, radioterapia y clínica de Coumadin. |
| Servicios de transporte (de rutina) | No están cubiertos. | Usted paga un copago de \$0 para servicios de transporte (10 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan). |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Servicios de atención de urgencia</p> | <p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.</p> | <p><u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de urgencia cubierta por Medicare.</p> |
| <p>Atención de la vista</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$35 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> |

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

| |
|---|
| <h3>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</h3> |
|---|

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminaciones o incorporaciones de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si alguno de sus medicamentos se ha cambiado 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. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecer la lista de medicamentos más vigente. Si realizamos un cambio que pueda afectar 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 los medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de forma inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos por una nueva versión genérica del medicamento en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con la misma cantidad o menor cantidad de restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir

mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones, o ambas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados productos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que será sustituido por un producto biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que sea efectivo o que no consiga el suministro para 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 realicemos el cambio, también recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero es posible que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Si desea conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también ofrece información sobre medicamentos.

Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Si desea obtener más información, también puede comunicarse

con Servicios para los miembros o con su proveedor de atención médica, farmacéutico u otra persona autorizada a dar recetas.

Cambios en los beneficios y en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para los miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones

catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no serán beneficios de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también se sustituirá por el Programa de descuentos de fabricantes. Con el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que los fabricantes cubren en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|----------------------------------|--|
| <p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (Marca preferida), Nivel 4 (Medicamento no preferido) y Nivel 5 (Nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las</p> | <p>El deducible es de \$100.</p> | <p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0-\$15 por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 1 (Genérico preferido), Nivel 2 (Genérico), Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos) y el</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|------------------------|--|
| | | |
| vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas para viajar y las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos. | | costo total de los medicamentos de Nivel 3 (Marca preferida), Nivel 4 (Medicamento no preferido) y Nivel 5 (Nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

En el caso de los medicamentos del Nivel 4, el costo compartido en la Etapa de cobertura inicial pasa de ser un copago a un coseguro. En el siguiente cuadro se indican los cambios del año 2025 con respecto al 2024.

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> | <p>Nivel 1: Genérico preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$7 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> | <p>Nivel 1: Genérico preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$7 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> |

| Etapas | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---------------|--|--|
| | <p>Nivel 2: Genérico: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$5 por receta.</p> | <p>Nivel 2: Genérico: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$5 por receta.</p> |

| Etapas | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---------------|---|---|
| | <p>Nivel 3: Marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta.</p> | <p>Nivel 3: Marca preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|--|
| | <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta.</p> | <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 40% por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 40% por receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <p>Nivel 5: Nivel de especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31% por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31% por receta.</p> | <p>Nivel 5: Nivel de especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 30% por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 30% por receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|---|
| | <p>Nivel 6: Medicamentos de cuidados selectos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> | <p>Nivel 6: Medicamentos de cuidados selectos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--------------|---|--|
| | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p> |

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que los fabricantes cubren en virtud del Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costo compartido para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|------------------------|--|
| Plan de pago de recetas de Medicare | No aplicable. | El Plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos al dividirlos en pagos mensuales que varían a lo |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|------------------------|--|
| | | <p>largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 800-707-8194 (TTY: 711) o visite el sitio web Medicare.gov.</p> |
| Administración de beneficios odontológicos | FCL Dental | Dental Benefit Providers/UHC Dental |
| Administración de beneficios de medicamentos con receta | CVS Caremark | Optum Rx |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---------------------------------------|---|--|
| Cambios en el área de servicio | El área de servicio incluye los condados de Harris, Fort Bend, Montgomery, Brazoria y Galveston (excepto la isla) en Texas. | El área de servicio incluye los condados de Harris, Fort Bend, Montgomery, Brazoria, Galveston (excepto la isla), San Jacinto, Waller, Walker, Grimes, Chambers, Austin, Liberty y Wharton en Texas. |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Freedom (HMO- POS)

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 Freedom (HMO-POS).

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, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en 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 (State Health Insurance Assistance Program, 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**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) 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
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir una serie

de 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. 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). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse o si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza

- **Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a gestionar los costos de medicamentos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos al dividirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de**

**pago puede ayudarle a administrar sus gastos,
pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus
medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más conveniente que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros pueden acceder a esta opción de pago, sin importar 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, llámenos al 800-707-8194 (TTY: 711) o visite el sitio web [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)

¿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 Freedom (HMO-POS). 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*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

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 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。

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.