

KelseyCare  
Advantage  
★★★★★



# 2026

## RESUMEN DE BENEFICIOS

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

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

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

## Acerca de este documento

Este documento de Resumen de beneficios contiene un resumen de los servicios médicos y de medicamentos. No enumera todos los servicios que se cubren ni todas las limitaciones o exclusiones. Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la **Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)**, en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un doctor. Visite [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com) o llame al **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY llamar al 711) para ver una copia de la EOC.

## ¡Estamos aquí para ayudar!

Nuestro sitio web: [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com)

Nuestros números de teléfono:

- Si no es miembro, llame al **1-800-663-7146** (los usuarios de TTY llamar al 711).
- Si actualmente es miembro, llame al **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY 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.

## ¿Quién puede inscribirse?

Puede inscribirse a KelseyCare Advantage si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (para acceder a Medicare y mantener su cobertura, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare).
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en el país.
- Vive en alguna de las áreas de servicio de estos planes, que son las siguientes:
  - **Plan Signature.** Estos condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery y Galveston (excluida la isla)
  - **Planes Freedom y Core.** Estos condados en Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (excluida la isla), Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en <http://www.medicare.gov>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Normas de cobertura

Cubrimos los servicios y los artículos que figuran en este documento y en la **Evidencia de cobertura (EOC)** en los siguientes casos:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare.
- Usted recibe todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que figuran en nuestro **Directorio de proveedores y Directorio de farmacias**.

## Acceso a la atención

Los planes **KelseyCare Advantage Signature y Core\*** cuentan con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.

El plan **KelseyCare Advantage Freedom\*** cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. *Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no estén en nuestra red. Es posible que pague un costo mayor si utiliza proveedores fuera de la red.*

\* Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de cualquiera de los planes de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicios para los miembros o consulte la EOC para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

## Cobertura para medicamentos con receta

Puede obtener medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red. Sin embargo, **es posible que pague menos** si utiliza una farmacia preferida. Las farmacias preferidas son **Kelsey Pharmacies, H-E-B y CVS Pharmacies**.

Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web ([www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com)). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento.

**LOS MEDICAMENTOS CON RECETA DE LA PARTE D NO ESTÁN CUBIERTOS EN EL PLAN KELSEY-CARE ADVANTAGE CORE.**

## Lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar en 2026



### Prima del plan, deducible y monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)

Costos que paga de su bolsillo	Core	Signature	Freedom
Prima mensual del plan	\$0 Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible del plan	Estos planes no tienen deducible médico.		
Monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)	\$4,500	\$3,900	\$6,750 (dentro de la red)
	\$10,000 (fuera de la red)		
Cuando alcance el límite de los costos que paga de su bolsillo, nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.			



### Beneficios hospitalarios

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Atención hospitalaria para pacientes internados <sup>1</sup>	\$325 por día para los días 1-5 \$0 por día para los días 6-90 (si corresponde)	\$150 por día para los días 1-4 \$0 por día para los días 6-90 (si corresponde)	\$375 por día para los días 1-5 \$0 por día para los días 6-90 (si corresponde) (dentro de la red)  Coseguro del 40% por estadía (fuera de la red)
Atención hospitalaria para pacientes externos <sup>1</sup>	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$350 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <sup>1</sup>	Copago de \$200	Copago de \$200	Copago de \$300 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Consultas con el doctor

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Copago de \$10 (fuera de la red)
<b>Especialista<sup>2</sup></b>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red)  Copago de \$60* (fuera de la red) * (Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson)



## Atención preventiva, atención de emergencia y atención de urgencia

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Atención preventiva</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
Consulte la EOC para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva.			
<b>Atención de emergencia</b> (dentro de los Estados Unidos)	Copago de \$125 No se aplica el copago si, en un plazo de 3 días, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este folleto para conocer otros costos.		
<b>Atención de urgencia</b>	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$40



## Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Servicios de radiología de diagnóstico</b> (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) <sup>1</sup>	Copago de \$25 a \$200, según el servicio	Copago de \$25 a \$200, según el servicio	Copago de \$25 a \$200, según el servicio (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Servicios de laboratorio<sup>1</sup></b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)

<b>Beneficio</b>	<b>Core</b>	<b>Signature</b>	<b>Freedom</b>
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>1</sup></b>	Copago de \$0 a \$25, según el servicio	Copago de \$0 a \$25, según el servicio	Copago de \$0 a \$25, según el servicio (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Radiografías para pacientes externos<sup>1</sup></b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Servicios de radiología terapéutica<sup>1</sup></b>	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Servicios auditivos

<b>Beneficio</b>	<b>Core</b>	<b>Signature</b>	<b>Freedom</b>
<b>Examen auditivo de diagnóstico<sup>1</sup></b>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Examen auditivo de rutina</b> (1 examen auditivo de rutina al año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Audífonos</b>	Nuestro plan paga una cobertura máxima de hasta \$750 por oído para audífonos cada tres años. Usted paga todo monto por encima de la asignación del plan.		



## Servicios odontológicos (los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Atención odontológica de rutina</b>	Máximo anual de \$1,500 para servicios cubiertos	Máximo anual de \$2,500 para servicios cubiertos	Máximo anual de \$2,000 para servicios cubiertos
<b>Servicios preventivos e integrales<sup>2</sup></b>	Deducible de \$25  Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías  Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes y extracciones*	Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías  Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras postizas y coronas*	Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías  Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras postizas y coronas*
<b>*Consulte la EOC para obtener más detalles sobre limitaciones y exclusiones.</b>			



## Atención de la vista

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Examen de la vista de diagnóstico</b> (incluidos los exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Prueba de detección de glaucoma</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Examen de la vista de rutina</b> (1 examen de rutina al año)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Anteojos y lentes de contacto</b>	Asignación anual de \$125 para lentes con receta	Asignación anual de \$125 para lentes con receta	Asignación anual de \$175 para lentes con receta



## Servicios de salud mental

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Hospitalización psiquiátrica<sup>1</sup></b>	\$325 por día para los días 1-5; \$0 por día para los días 6-90	\$150 por día para los días 1-4; \$0 por día para los días 5-90	\$375 por día para los días 1-5; \$0 por día para los días 6-90 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Terapia para pacientes externos</b> (individual o grupal)	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Terapia de rehabilitación

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Centro de atención de enfermería especializada</b> (Skilled Nursing Facility, SNF) <sup>1</sup> Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$218 por día para los días 21-100	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$218 por día para los días 21-100	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$218 por día para los días 21-100 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Fisioterapia y terapia del habla<sup>1</sup></b>	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)
<b>Terapia ocupacional<sup>1</sup></b>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Ambulancia

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<b>Ambulancia<sup>1</sup></b> (terrestre o aérea, solo de ida)	Copago de \$275	Copago de \$275	Copago de \$325 (dentro de la red)  Copago de \$400 (fuera de la red)



## Transporte

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Transporte de rutina (a ubicaciones aprobadas por el plan)	Ilimitado	Ilimitado	Copago de \$0 para 10 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan.
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas (Transporte de rutina)			<p>Copago de \$0 para servicios de transporte ilimitados a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen con los requisitos. Revise la Evidencia de Cobertura para obtener información de calificación.</p>



## Medicamentos de la Parte B de Medicare (pueden aplicarse las reglas del tratamiento escalonado)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Medicamentos de quimioterapia <sup>1</sup>	Coseguro del 0%-20%	Coseguro del 0%-20%	<p>Coseguro del 0%-20% (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 0%-40% (fuera de la red)</p>
Insulina cubierta de la Parte B <sup>1</sup>	Copago de hasta \$35	Copago de hasta \$35	Copago de hasta \$35
Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>	Coseguro del 0%-20%	Coseguro del 0%-20%	<p>Coseguro del 0%-20% (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 0%-40% (fuera de la red)</p>

<sup>1</sup> Estos servicios pueden requerir autorización previa.

<sup>2</sup> Estos servicios pueden requerir una remisión de su doctor.



## Medicamentos de la Parte D de Medicare (No se ofrecen beneficios de la Parte D en el plan Core)

Étapas de pago para medicamentos con receta	Signature	Freedom
<b>Etapa del deducible</b>	No hay deducible.	<p><b>No hay deducible</b> para los medicamentos del <b>Nivel 1, 2 y 6</b>.</p> <p>Hay un deducible de \$200 para los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5. Usted paga el costo total (costo negociado del medicamento) hasta el límite del deducible.</p>
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<p>Usted paga lo que se indica abajo hasta que los costos anuales totales de sus medicamentos alcancen los \$2,100. Los costos anuales totales de los medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo de la red. El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija y de cuándo entre en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestro folleto de EOC.</p>	

Nivel	Suministro	Signature		Freedom	
		Farmacia minorista y de pedido por correo <b>preferida</b>	Farmacia minorista y de pedido por correo estándar <sup>^</sup>	Farmacia minorista y de pedido por correo <b>preferida</b>	Farmacia minorista y de pedido por correo estándar <sup>^</sup>
<b>Nivel 1</b>	30 días <sup>^</sup>	\$0	\$7	\$0	\$7
Genérico preferido	90 días	\$0	\$21	\$0	\$21
<b>Nivel 2</b>	30 días <sup>^</sup>	\$4	\$12	\$5	\$15
Genérico	90 días	\$10	\$36	\$12.50	\$45
<b>Nivel 3</b>	30 días <sup>^</sup>	20%	20%	\$40	\$47
Marca preferida <sup>†</sup>	90 días	20%	20%	\$100	\$141
<b>Nivel 4</b>	30 días <sup>^</sup>	30%	30%	35%	35%
Marca no preferida <sup>*</sup>	90 días	30%	30%	35%	35%
<b>Nivel 5</b>	30 días <sup>^</sup>	30%	30%	30%	30%
Nivel de especialidad <sup>*</sup>	90 días	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
<b>Nivel 6</b>	30 días <sup>^</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos de cuidados selectos	100 días	\$0	\$0	\$0	\$0

<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<p>Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,100 del año calendario. En esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en</p>
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.
<b>Medicamentos cubiertos adicionales</b>	<p>Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Esta incluye la cobertura de los siguientes medicamentos del Nivel 2 de costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sildenafil 25 MG - QL 6/30</li> <li>• sildenafil 50 MG - QL 6/30</li> <li>• sildenafil 100 MG - QL 6/30</li> <li>• ácido fólico 1 MG - QL 30/30</li> <li>• ergocalciferol 1.25 MG</li> <li>• vitamina B12 1000 MCG/ML</li> </ul> <p>El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>

\* **No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina, independientemente del nivel de costo compartido en el que esté.**

† **El Nivel 2 incluye una cobertura para medicamentos mejorada.**

^ **Si reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Mientras resida en el centro de atención a largo plazo, podrá recibir un suministro para hasta 31 días.**

## Beneficios cubiertos adicionales



### Atención de acupuntura y quiropráctica

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>La atención cubierta por Medicare está limitada a los servicios para tratar el dolor lumbar crónico.</p>	Copago de \$15	Copago de \$20	<p>Copago de \$15 (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 40% (fuera de la red)</p>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>La atención cubierta por Medicare está limitada a la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</p>	Copago de \$15	Copago de \$20	<p>Copago de \$15 (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 40% (fuera de la red)</p>



## Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Exámenes y tratamiento para los pies <sup>1</sup>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Suministros para el control de la diabetes

La marca preferida es Roche (ACCU-CHEK®). Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluidos los medidores de glucosa y las tiras reactivas) no están cubiertas.

Los medidores continuos de glucosa en sangre (Continuous Blood Glucose Monitor, CGM) preferidos son Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre 14/2/3. Los otros CGM no están cubiertos.

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Suministros para pruebas de diabetes <sup>1</sup>	Coseguro del 0%	Coseguro del 0%	Coseguro del 0% (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red) (incluso si se utilizan marcas preferidas)
Lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control <sup>1</sup>	Coseguro del 0%	Coseguro del 0%	Coseguro del 0% (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red) (incluso si se utilizan marcas preferidas)
Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>1</sup>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20% (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red) (incluso si se utilizan marcas preferidas)
Medidores continuos de glucosa en sangre (CGM) <sup>1</sup>	Coseguro del 15% en farmacias minoristas Coseguro del 20% con el proveedor del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Coseguro del 15% en farmacias minoristas Coseguro del 20% con el proveedor del DME	Coseguro del 15% en farmacias minoristas (dentro de la red) Coseguro del 20% con el proveedor del DME (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Beneficio de ejercicio físico

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Gimnasio/Ejercicio físico	Cubierto	Cubierto	Cubierto



## Atención a domicilio

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Atención médica a domicilio <sup>1</sup>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Equipo médico y suministros

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Equipo médico duradero (DME) <sup>1</sup> , como sillas de ruedas y equipos de oxígeno	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20% (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



## Beneficio de artículos de venta libre (OTC)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	<p>Usted recibe una asignación de \$25 cada tres meses para artículos de venta libre autorizados.</p> <p>Puede elegir entre una variedad de artículos de venta libre de salud y bienestar aprobados, como botiquines de primeros auxilios, analgésicos, medicamentos para el resfriado y mucho más.</p>		



## Servicios para trastornos por abuso de sustancias

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Servicios del programa de tratamiento de opioides <sup>1</sup>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20 (dentro de la red)  Coseguro del 40% (fuera de la red)



**Telemedicina** (Ofrecida únicamente por los servicios de atención primaria y especializada de Kelsey-Seybold)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Consultas electrónicas	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Consultas por video	Copago de \$0 (PCP)	Copago de \$0 (PCP)	Copago de \$0 (PCP)
	Copago de \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)	Copago de \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)	Copago de \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)
Consultas virtuales	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

<sup>1</sup> Estos servicios pueden requerir autorización previa.

<sup>2</sup> Estos servicios pueden requerir una remisión de su doctor.

Referencias útiles	
Servicios para los miembros	713-442-CARE (2273) o 866-535-8343
Centro para pacientes de Kelsey-Seybold	713-442-0000
Transporte	713-KCA-RIDE o 855-931-7433
Atención odontológica (UHC Dental/proveedores de servicios odontológicos)	844-298-8569
Optum Rx (medicamentos con receta)	800-707-8194 o <a href="http://www.Optumrx.com">www.Optumrx.com</a>
Atención de la vista (Spectera/UHC Vision)	877-574-7081 o <a href="https://kca.yourvisionplan.com">https://kca.yourvisionplan.com</a>
Artículos de venta libre (OTC)	800-688-2719 o <a href="http://www.KCAOTC.com">www.KCAOTC.com</a>
Ejercicio físico	877-504-6830 o <a href="http://www.youronepass.com">www.youronepass.com</a>
Línea de enfermería disponible las 24 horas	855-493-7019
Línea de ayuda de MyKelseyOnline (MKO)	713-442-6565

## Información obligatoria

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.

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **713-442-CARE (2273)** o al número gratuito **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). 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.

### **Comprender los beneficios**

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un doctor. Visite [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com) o llame al **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su doctor) para asegurarse de que los doctores que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo doctor.
- Para los planes KelseyCare Advantage Freedom y Signature, revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que usted deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Para los planes KelseyCare Advantage Freedom y Signature, revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Comprender reglas importantes**

- Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2027.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (doctores que no figuran en el directorio de proveedores), a menos que usted esté inscrito en el plan KelseyCare Advantage Freedom.
- El plan KelseyCare Advantage Freedom permite que lo atiendan proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

## Notice of Availability of Language Assistance Services

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call 1-866-535-8343. (TTY: 711).

**Spanish: ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-866-535-8343. (TTY: 711).

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-535-8343 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**Chinese:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-866-535-8343 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

**Korean:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-535-8343 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Arabic:** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم- أو تحدث إلى مقدم الخدمة

**Urdu:** دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات

دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

**Tagalog: PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-535-8343 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**French: ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-866-535-8343. (TTY: 711).

**Hindi: ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343. (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما تماس بگیرد 1-866-535-8343. (TTY: 711) در دسترس است. با شماره **Persian**

**German: ACHTUNG:** Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste und kostenlose Kommunikation in anderen Formaten, wie zum große Schrift, zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-535-8343. (TTY: 711).

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા અક્ષરો જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-535-8343 પર કોલ કરો. (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-535-8343 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Japanese:** 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-535-8343(TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

**Laotian:** ຄືນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.



## Horario de atención:

**Del 1 de octubre al 31 de marzo**

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

7 días a la semana

**Del 1 de abril al 30 de septiembre**

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

Lunes a viernes

KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Cada año, Medicare evalúa los planes en base a un sistema de calificación de 5 estrellas. No todos los beneficios están disponibles en todos los planes. ©2025 KelseyCare Advantage . Todos los derechos reservados.