

2026

KelseyCare
Advantage
★★★★



RESUMEN DE BENEFICIOS

1-713-442-2COH (2264) (TTY: 711)

KelseyCareAdvantage.com/COH

H0332_COHSB26_M

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/COH o llame al **713-442-2COH (2264)** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver una copia de la EOC.

¡Estamos aquí para ayudar!

Nuestro sitio web: www.kelseycareadvantage.com/COH.

Nuestros números de teléfono:

- Si no es miembro, llame al **1-800-663-7146** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Si actualmente es miembro, llame al **1-866-535-8405** (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.

¿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 el área de servicio que incluye los siguientes condados de Texas:
 - Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Wharton y Waller.

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

El plan KelseyCare Advantage City of Houston Preferred (HMO) 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.

* 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 revise 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/COH). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento.

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
Prima mensual del plan	\$42
Deducible del plan	Este plan no tiene deducible médico.
Monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)	\$3,400 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	
Atención hospitalaria para pacientes internados ¹	Copago de \$300 por estadía
Atención hospitalaria para pacientes externos ¹	Copago de \$175
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹	Copago de \$150



Consultas con el doctor

Beneficio	
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	Copago de \$0
Especialista ²	Copago de \$25



Atención preventiva, atención de emergencia y atención de urgencia

Beneficio	
Atención preventiva	Copago de \$0 Revise la EOC para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva.
Atención de emergencia (dentro de los Estados Unidos)	Copago de \$120 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.
Atención de urgencia	Copago de \$25



Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Beneficio	
Servicios de radiología de diagnóstico (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) ¹	Copago de \$100 a \$150, según el servicio
Servicios de laboratorio ¹	Copago de \$0
Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	Copago de \$0 a \$25, según el servicio
Radiografías para pacientes externos ¹	Copago de \$0
Servicios de radiología terapéutica ¹	Copago de \$15



Servicios auditivos

Beneficio	
Examen auditivo de diagnóstico ¹	Copago de \$15
Examen auditivo de rutina (1 examen auditivo de rutina al año)	Copago de \$0



Servicios odontológicos (solo servicios odontológicos cubiertos por Medicare)

Beneficio	
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	Copago de \$0



Atención de la vista

Beneficio	
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos los exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$20
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0
Examen de la vista de rutina (1 examen de rutina al año)	Copago de \$0
Anteojos y lentes de contacto	Asignación anual de \$200 para lentes con receta



Servicios de salud mental

Beneficio	
Hospitalización psiquiátrica ¹	Copago de \$300 por estadía
Terapia para pacientes externos (individual o grupal)	Copago de \$20



Terapia de rehabilitación

Beneficio	
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹ Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$100 por día para los días 21-100
Fisioterapia y terapia del habla ¹	Copago de \$15
Terapia ocupacional ¹	Copago de \$15



Ambulancia

Beneficio	
Ambulancia¹ (terrestre o aérea, solo de ida)	Copago de \$100



Transporte

Beneficio	
Transporte de rutina (a ubicaciones aprobadas por el plan)	20 viajes de ida
Ayuda para enfermedades crónicas (servicios de transporte)	Copago de \$0 para transporte ilimitado a lugares aprobados por el plan. Los beneficios forman parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen con los requisitos. Revise la <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer los requisitos.



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

Beneficio	
Medicamentos de quimioterapia¹	Coseguro del 0%-15%
Insulina cubierta de la Parte B¹	Copago de hasta \$35
Otros medicamentos de la Parte B¹	Coseguro del 0%-15%

¹ Estos servicios pueden requerir autorización previa.

² Estos servicios pueden requerir una remisión de su doctor.

Etapas de pago para medicamentos con receta	
Etapas de deducible	No hay deducible.
Etapas de cobertura inicial	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 revise la <i>Evidencia de cobertura</i> .

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas	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 situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.
---	---

*** 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.^a 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	
Acupuntura La atención cubierta por Medicare está limitada a los servicios para tratar el dolor lumbar crónico.	Copago de \$20
Servicios de quiropráctica La atención cubierta por Medicare está limitada a la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de \$15



Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	
Exámenes y tratamiento para los pies¹	Copago de \$15



Suministros para el control de la diabetes

Beneficio	
Suministros para pruebas de diabetes¹	Coseguro del 20%
Lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control¹	Coseguro del 20%
Plantillas o zapatos terapéuticos¹	Coseguro del 20%
Medidores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM)¹	Coseguro del 10%



Beneficio de ejercicio físico

Beneficio	
Gimnasio/Ejercicio físico	Cubierto



Atención a domicilio

Beneficio	
Atención médica a domicilio ¹	Copago de \$0



Equipo médico y suministros

Beneficio	
Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) ¹ , como sillas de ruedas y equipos de oxígeno	Coseguro del 10%



Servicios para trastornos por abuso de sustancias

Beneficio	
Servicios del programa de tratamiento de opioides ¹	Copago de \$0 (PCP) Copago de \$25 (especialista)



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

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

¹ Estos servicios pueden requerir autorización previa.

² Estos servicios pueden requerir una remisión de su doctor.

Referencias útiles	
Servicios para los miembros	713-442-2COH (2264) (TTY 711)
Centro para pacientes de Kelsey-Seybold	713-442-0000 (programación de citas)
Transporte	713-KCA-RIDE o 855-931-7433
Optum Rx (medicamentos con receta)	800-707-8194 o www.Optumrx.com
Atención de la vista (Spectera/UHC Vision)	877-574-7081 o https://kca.yourvisionplan.com
Ejercicio físico	877-504-6830 o www.youronepass.com
Línea de enfermería disponible las 24 horas	713-442-0000
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 **713-442-2COH (2264)** o al número gratuito **1-866-535-8405** (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.

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/COH o llame al **1-866-535-8405** (los usuarios de TTY deben 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.
- ☐ 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.
- ☐ 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).



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