

# 2026

## GUÍA DE INSCRIPCIÓN A MEDICARE

SIGNATURE • FREEDOM • CORE





# Tabla de Contenido

Bienvenido	3
Qué nos Hace Diferente	4
Entendiendo Medicare	5
Medicare Original vs. Nuestros Planes	6
Asegúrate Que Estés Listo Para Medicare	7
Planes que Cuidan tu Salud	8
Resumen de Beneficios	10
Formulario Abreviado de Medicamentos	26
Notas	33
Formulario de Confirmación de Cita para el Alcance de Ventas	35
Solicitud de Inscripción	37
Encuentra a tu Proveedor	44



# Bienvenido al plan de salud elaborado para los habitantes de Houston.

Creado en 2008 por los médicos de la reconocida Clínica Kelsey-Seybold de Houston, KelseyCare Advantage se ha convertido desde entonces en uno de los planes Medicare Advantage líderes en la región, ofreciendo excelentes beneficios además de atención médica de alta calidad de Kelsey-Seybold.

Con KelseyCare Advantage, no solo recibes cobertura de visión y audición, sino que nuestros planes también incluyen **beneficios de acondicionamiento físico One Pass<sup>®</sup>**, **transporte ilimitado\* de ida y vuelta para las citas médicas, y también incluyen atención dental completa.**

Lo más importante es que los afiliados (miembros) tienen acceso a una amplia red de proveedores y especialistas de máxima calidad, además de recibir un servicio personalizado por parte de un dedicado equipo local.

# ¿Qué es lo que nos hace diferentes?

## Nuestro plan cuida a los adultos mayores de Houston como ningún otro.

Al unirse a KelseyCare Advantage, la sólida cobertura y los beneficios son solo el comienzo. También tendrás acceso a más de 1,000 proveedores en más de 65 especialidades. Nuestro método coordinado de la atención da prioridad a la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Además, ofrecemos comodidad con más de 40 ubicaciones de Kelsey-Seybold en el área metropolitana de Houston.



Lo que es mejor, los proveedores médicos, especialistas, diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio están todos juntos, lo que facilita atender todas tus necesidades médicas en un mismo lugar. Y puedes consultar a cualquier médico o especialista de Kelsey-Seybold **sin necesidad de una remisión.**

## Calidad comprobada

Desde 2008, nuestros planes han sido reconocidos por ofrecer una cobertura de máxima calidad y acceso a una atención excepcional. Esto incluye múltiples calificaciones de 5 estrellas de Medicare (su calificación más alta) por calidad, servicio, cobertura de medicinas recetadas y satisfacción de los afiliados.

# Acerca de Medicare

## Tú calificas para iinscribirte en Medicare si:

- Tienes 65 años o más y vives en los Estados Unidos desde hace al menos cinco años
- Tienes menos de 65 años y tienes ciertas discapacidades
- A cualquier edad padeces insuficiencia renal terminal o ELA (también llamada enfermedad de Lou Gehrig - ALS, por sus siglas en inglés)

## Las partes de Medicare

Medicare se compone de cuatro partes, y cada una ofrece distintos tipos de servicio y cobertura. El gobierno federal proporciona el programa de Medicare Original e incluye las Partes A y B



### Parte A

#### Seguro hospitalario

Ayuda a pagar estancias y cuidados en el hospital

### Parte B

#### Seguro médico

Ayuda para gastos médicos y atención ambulatoria



### Parte D

#### Cobertura de medicamentos recetados

Ayuda a pagar medicinas recetadas



### Parte C

#### Medicare Advantage

Combina las partes A y B y podría además incluir la parte D y beneficios adicionales como dental, visión y audición

# Medicare Original en comparación con Nuestros Planes

## Comprueba las ventajas de KelseyCare Advantage

Medicare Original cubre el 80% de la cantidad aprobada del costo de tu atención médica. Tú eres responsable de pagar el 20% restante, y no existe límite a tus gastos de bolsillo (por cuenta propia).

KelseyCare Advantage es un plan Medicare Advantage completo (todo en uno) que ofrece cobertura adicional, incluida la cobertura de medicamentos recetados y beneficios suplementarios, sin costo adicional. Además, limitamos tus gastos máximos de bolsillo anuales.

Cobertura y Beneficios	Medicare Original	KelseyCare Advantage
<b>Parte A:</b> Seguro hospitalario	✓	✓
<b>Parte B:</b> Seguro médico	✓	✓
<b>Parte D:</b> Medicinas recetadas		✓
Límites al gasto máximo de tu bolsillo		✓
Dental completo		✓
Visión		✓
Audición		✓
Beneficios para el acondicionamiento físico One Pass®		✓
Transporte ilimitado		✓
Subsidio para medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)		✓
\$0 Deducible de medicamentos <sup>†</sup>		✓
Telesalud		✓
Atención de emergencia en todo el mundo		✓

No todos los beneficios están disponibles en todos los planes. La cobertura y la cantidad de cobertura varían según el plan. Revisa el Resumen de Beneficios del plan para obtener más detalles.

# Prepárate para Medicare.

Aquí tienes una útil lista que te ayudará a prepararte mejor para la inscripción.

## **Identifica tus necesidades**

¿Cómo está tu salud hoy en día? ¿Cómo podría estar tu salud el día de mañana? Haz una lista de tus médicos actuales, tus recetas médicas y todo lo que quieras que esté cubierto.

## **Entiende tu cobertura y beneficios**

Antes de inscribirte, es importante revisar detenidamente los beneficios del plan y asegurarte de que sea la cobertura que necesitas.

## **Revisa nuestro directorio de proveedores médicos**

Verifica si tu médico actual ya está en la red. Si no lo está, lo más probable es que tengas que elegir un nuevo proveedor médico de nuestra red de más de 1,000 médicos y especialistas.

## **Revisa el formulario (la lista) de medicamentos**

Asegúrate de que tus medicamentos recetados estén cubiertos por el plan KelseyCare Advantage al que quieras unirte.

# Planes que se hacen cargo de tu atención médica.

La tabla a continuación puede ayudarte a determinar cuál de nuestros nuevos planes de 2026 se ajusta mejor a tus necesidades particulares. Para obtener más información, consulta el Resumen de Beneficios.

## Elige el plan que más te convenga



Prima mensual\*\*



Cobertura de la Parte D



Cobertura fuera de la red



Copago por visita al médico de atención primaria



Copago por visita al especialista



Copago por atención urgente



Dental (\$ Cantidad por atención preventiva y completa)



Vista



Beneficios para el acondicionamiento físico One Pass®



Transporte

Signature	Freedom	Core
\$0	\$0	\$0
Sí	Sí	No
No	Sí (Sin necesidad de remisiones)	No
\$0 dentro de la red	\$0 dentro de la red \$10 fuera de la red	\$0 dentro de la red
\$20 dentro de la red	\$35 dentro de la red \$60 fuera de la red <sup>1</sup>	\$20 dentro de la red
\$25	\$40	\$25
0% coaseguro \$2,500	0% coaseguro \$2,000	0% coaseguro \$1,500 (\$25 deducible)
\$0 copago por examen de los ojos \$125 por anteojos (gafas) anualmente	\$0 copago por examen de los ojos \$175 por anteojos (gafas) anualmente	\$0 copago por examen de los ojos \$125 por anteojos (gafas) anualmente
Incluido	Incluido	Incluido
Ilimitado	10 viajes de un solo sentido para todos los miembros Ilimitado para afecciones crónicas elegibles <sup>2</sup>	Ilimitado



# 2026

## RESUMEN DE BENEFICIOS

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

## 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 KELSEYCARE 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)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<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

Beneficio	Core	Signature	Freedom
<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>	<p>Deducible de \$25</p> <p>Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías</p> <p>Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes y extracciones*</p>	<p>Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías</p> <p>Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras postizas y coronas*</p>	<p>Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías</p> <p>Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras postizas y coronas*</p>
<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	<p>Copago de \$35 (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 40% (fuera de la red)</p>
<b>Prueba de detección de glaucoma</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	<p>Copago de \$0 (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 40% (fuera de la red)</p>
<b>Examen de la vista de rutina</b> (1 examen de rutina al año)	Copago de \$0	Copago de \$0	<p>Copago de \$0 (dentro de la red)</p> <p>Coseguro del 40% (fuera de la red)</p>
<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
<b>Transporte de rutina</b> (a ubicaciones aprobadas por el plan)	Ilimitado	Ilimitado	Copago de \$0 para 10 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan.
<b>Ayuda con ciertas enfermedades crónicas</b> (Transporte de rutina)			Copago de \$0 para servicios de transporte ilimitados a lugares aprobados por el plan.  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.



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

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

<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)

Etapas de pago para medicamentos con receta	Signature	Freedom
<b>Etapa del deducible</b>	<b>No hay deducible.</b>	<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>	

		Signature		Freedom	
Nivel	Suministro	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> Genérico preferido	30 días <sup>^</sup>	\$0	\$7	\$0	\$7
	90 días	\$0	\$21	\$0	\$21
<b>Nivel 2</b> Genérico	30 días <sup>^</sup>	\$4	\$12	\$5	\$15
	90 días	\$10	\$36	\$12.50	\$45
<b>Nivel 3</b> Marca preferida†	30 días <sup>^</sup>	20%	20%	\$40	\$47
	90 días	20%	20%	\$100	\$141
<b>Nivel 4</b> Marca no preferida*	30 días <sup>^</sup>	30%	30%	35%	35%
	90 días	30%	30%	35%	35%
<b>Nivel 5</b> Nivel de especialidad*	30 días <sup>^</sup>	30%	30%	30%	30%
	90 días	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
<b>Nivel 6</b> Medicamentos de cuidados selectos	30 días <sup>^</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
	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)	Usted recibe una asignación de \$25 cada tres meses para artículos de venta libre autorizados.  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.		



## 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.



## 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.

H0332\_SB26\_M\_ES

# CON KELSEY CARE ADVANTAGE, ESTÁ CUBIERTO

KelseyCare Advantage  
★★★★

KelseyCare Advantage cubre más de 3,200 fármacos con un deducible de \$0 en los niveles 1, 2, y 6.

## Cómo leer el formulario de medicamentos cubiertos por su plan.



Los nombres en **cursiva** se refieren a medicamentos genéricos que suelen tener copagos y precios más bajos



Los nombres en **MAYÚSCULAS** son fármacos de marca que suelen tener copagos y precios más elevados



"**Nivel**" o categoría de precios: Los fármacos en diferentes niveles pueden tener costos diferentes

	Nivel
<b>Analgésicos/Gota</b>	
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	2
<i>colchicine tabs 0.6mg</i>	2
<b>Analgésicos/Dolor</b>	
<i>celecoxib caps 50mg, 100mg, 200mg, 400mg</i>	2
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg, 75mg</i>	2
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1
<i>meloxicam tabs 7.5mg, 15mg</i>	1
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1
<i>morphine sulfate er tbc 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg</i>	3
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2
<i>endocet tabs 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 325mg; 10mg</i>	3
<i>endocet tabs 325mg; 5mg</i>	2

	Nivel
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg, 325mg; 10mg</i>	2
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 2.5mg</i>	3
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg, 10mg, 15mg</i>	2
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	3
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 5mg</i>	2
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 325mg; 10mg</i>	3
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	2
<i>lidocaine oint 5%</i>	4
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4
<b>Antibióticos/Infección</b>	
<i>clindamycin hydrochloride caps 75mg, 150mg, 300mg</i>	2
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2

	Nivel
<i>nitrofurantoin monohydrate/ macrocrystals caps 100mg</i>	2
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	2
<i>cefdinir caps 300mg</i>	2
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg</i>	4
<i>cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg</i>	2
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2
<i>amoxicillin caps 250mg, 500mg</i>	2
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	2
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	4
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2
<i>azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg</i>	2
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg</i>	2
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs 400mg; 80mg</i>	2
<i>doxycycline hyclate caps 50mg, 100mg</i>	2
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg</i>	2
<i>doxycycline monohydrate caps 50mg, 100mg</i>	2
<i>doxycycline monohydrate tabs 50mg, 100mg</i>	2
<i>doxycycline monohydrate tabs 75mg, 150mg</i>	2
<b>Antifúngico/Infección</b>	
<i>fluconazole tabs 50mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	2
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	2
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2

	Nivel
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	2
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	2
<b>Tratamiento de las Migrañas</b>	
<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	2
<b>Agentes Antineoplásicos/Cáncer</b>	
<i>abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg</i>	5
<i>abirtega tabs 250mg</i>	2
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	2
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	2
<b>Antiparasitarios/Infección</b>	
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 100mg, 200mg</i>	2
<b>Antivírico/Infección</b>	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 500mg, 1gm</i>	3
<i>PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG</i>	3
<b>Cardiovascular/Cardíaco/Presión Arterial/Fluido</b>	
<i>clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1
<i>midodrine hydrochloride tabs 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2
<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	6
<i>olmesartan medoxomil tabs 5mg, 20mg, 40mg</i>	6
<i>valsartan tabs 40mg, 80mg, 160mg, 320mg</i>	6
<i>lisinopril tabs 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	6
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg</i>	4
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2
<i>flecainide acetate tabs 50mg, 100mg, 150mg</i>	2
<i>pacerone tabs 100mg</i>	4

	Nivel
<i>pacerone tabs 200mg</i>	2
<i>atenolol tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	1
<i>bisoprolol fumarate tabs 5mg, 10mg</i>	2
<i>carvedilol tabs 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1
<i>metoprolol succinate er tb24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2
<i>metoprolol tartrate tabs 25mg, 37.5mg, 50mg, 100mg</i>	1
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	2
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2
<i>amlodipine besylate tabs 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60, 90mg</i>	2
<i>cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2
<i>diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2
<b>ENTRESTO TABS 24MG; 26MG, 49MG; 51MG, 97MG; 103MG</b>	3
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 50mg, 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>	6
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2
<i>furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1
<i>toremide tabs 5mg, 10mg, 20mg, 100mg</i>	2
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5mg</i>	1
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1
<i>spironolactone tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	2

	Nivel
<i>dapagliflozin propanediol tabs 5mg, 10mg</i>	3
<b>FARXIGA TABS 5MG, 10MG</b>	3
<b>JARDIANCE TABS 10MG, 25MG</b>	3
<i>isosorbide mononitrate er tb24 30mg, 60mg, 120mg</i>	2
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2
<i>hydralazine hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	2
<i>minoxidil tabs 2.5mg, 10mg</i>	2
<b>Cardiovascular/Colesterol Elevado</b>	
<i>fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg, 160mg</i>	2
<i>atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	6
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6
<i>rosuvastatin calcium tabs 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	6
<i>simvastatin tabs 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6
<i>ezetimibe tabs 10mg</i>	2
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm</i>	4
<b>REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML</b>	3
<b>Sistema Nervioso Central/Ansiedad</b>	
<i>bupirone hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg</i>	1
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2
<i>diazepam tabs 2mg, 5mg, 10mg</i>	2
<i>lorazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2
<b>Sistema Nervioso Central/Demencia</b>	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg, 10mg</i>	2
<i>memantine hcl titration pak tabs</i>	2
<i>memantine hydrochloride tabs 5mg, 10mg</i>	2

	Nivel
<b>Sistema Nervioso Central/Dolor Muscular</b>	
<i>baclofen tabs 5mg, 10mg, 20mg</i>	2
<i>tizanidine hydrochloride tabs 2mg, 4mg</i>	2
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs 5mg, 10mg</i>	3
<i>methocarbamol tabs 500mg, 750mg</i>	2
<b>Sistema Nervioso Central/Enfermedad de Parkinson</b>	
<i>carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2
<b>Sistema nervioso central/Psicosis/Depresión</b>	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2
<i>mirtazapine tabs 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg</i>	2
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 30mg, 60mg</i>	2
<i>escitalopram oxalate tabs 5mg, 10mg, 20mg</i>	2
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	1
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	2
<i>sertraline hydrochloride tabs 25mg, 50mg, 100mg</i>	1
<i>trazodone hydrochloride tabs 50mg, 100mg, 150mg</i>	2
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 37.5mg, 75mg, 150mg</i>	2
<i>nortriptyline hcl caps 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2
<i>aripiprazole tabs 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	2
<i>olanzapine tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 20mg</i>	2
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2

	Nivel
<b>Sistema Nervioso Central/Convulsiones</b>	
<i>lamotrigine tabs 25mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	2
<i>levetiracetam tabs 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg</i>	2
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2
<i>subvenite tabs 25mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	2
<i>topiramate tabs 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2
<i>gabapentin caps 100mg, 300mg, 400mg</i>	2
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2
<i>pregabalin caps 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 300mg</i>	3
<i>primidone tabs 50mg, 125mg, 250mg</i>	2
<b>Sistema Nervioso Central/Dormir</b>	
<i>temazepam caps 15mg, 30mg</i>	2
<i>zolpidem tartrate tabs 5mg, 10mg</i>	2
<b>Agentes Dentales/Infección</b>	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	1
<i>doxycycline hyclate tabs 20mg</i>	3
<i>periogard soln 0.12%</i>	1
<b>Dermatológico/Agentes Antineoplásicos</b>	
<i>fluorouracil crea 5%</i>	4
<b>Dermatológico/Infección</b>	
<i>ciclopirox nail lacquer soln 8%</i>	2
<i>mupirocin oint 2%</i>	2
<b>Dermatológico/Inflamación</b>	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3
<i>metronidazole gel 1%</i>	4
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	2
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	4
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2

	Nivel
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	2
<i>tacrolimus oint 0.1%, 0.03%</i>	4
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2
<i>triderm crea 0.5%</i>	2
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	2
<b>Endocrino y Metabólico/Suprarrenal</b>	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2
<i>methylprednisolone dose pack tbpk 4mg</i>	2
<i>prednisone tabs 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	2
<b>Endocrino y Metabólico/Andrógeno</b>	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	4
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4
<b>Endocrino y Metabólico/Salud Ósea</b>	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	6
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mg</i>	2
<i>ibandronate sodium tabs 150mg</i>	6
<b>Endocrino y Metabólico/Estrógeno</b>	
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	2
<i>estradiol tabs 10mcg</i>	4
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	4
<b>Endocrino y Metabólico/Azúcar Elevada</b>	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	6
<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	6
<i>glipizide tabs 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	6
<i>JANUVIA TABS 25MG, 50MG, 100MG</i>	3
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	6

	Nivel
<i>metformin hydrochloride tabs 500mg, 850mg, 1000mg</i>	6
<i>MOUNJARO INJ 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML, 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML</i>	3
<i>OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML</i>	3
<i>pioglitazone hcl tabs 15mg, 30mg, 45mg</i>	6
<i>TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML</i>	3
<i>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML</i>	3
<i>HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML</i>	3
<i>HUMALOG INJ 100UNIT/ML</i>	3
<i>HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML</i>	3
<i>insulin lispro inj 100unit/ml</i>	3
<i>LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML</i>	3
<i>TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML</i>	3
<i>TOUJEO SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML</i>	3
<b>Endocrino y Metabólico/Tiroides</b>	
<i>levothyroxine sodium tabs 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	1
<i>levoxyl tabs 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2
<i>unithroid tabs 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2
<i>methimazole tabs 5mg, 10mg</i>	2
<b>Gastrointestinal/Náuseas</b>	
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	4
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	2

	Nivel
ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg	2
<b>Gastrointestinal/Reflujo</b>	
constulose soln 10gm/15ml	2
lactulose soln 10gm/15ml	2
dicyclomine hydrochloride caps 10mg	2
gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm	2
gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	2
peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	2
famotidine tabs 20mg, 40mg	2
sucralfate tabs 1gm	2
esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg	2
lansoprazole cpdr 15mg, 30mg	2
omeprazole cpdr 10mg, 20mg, 40mg	2
pantoprazole sodium tbec 20mg, 40mg	2
hydrocortisone crea 2.5%	2
procto-med hc crea 2.5%	2
proctosol hc crea 2.5%	2
proctozone-hc crea 2.5%	2
<b>Genitourinario/Hiperplasia Prostática Benigna</b>	
alfuzosin hcl er tb24 10mg	2
dutasteride caps 0.5mg	2
finasteride tabs 5mg	2
tadalafil tabs 2.5mg, 5mg	3
tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg	2
terazosin hcl caps 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2
<b>Genitourinario/Vejiga Hiperactiva</b>	
GEMTESA TABS 75MG	4
MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG	3
oxybutynin chloride er tb24 5mg, 10mg, 15mg	2
oxybutynin chloride tabs 5mg	2
solifenacin succinate tabs 5mg, 10mg	2

	Nivel
<b>Hematológico/Anticoagulantes</b>	
dabigatran etexilate caps 75mg, 110mg, 150mg	2
ELIQUIS TABS 2.5MG, 5MG	3
jantoven tabs 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
warfarin tabs 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
XARELTO TABS 2.5MG, 10MG, 15MG, 20MG	3
clopidogrel tabs 75mg	1
<b>Inmunológico</b>	
dupixent inj 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5
<b>Inmunológico/Transplante</b>	
methotrexate sodium tabs 2.5mg	2
<b>Inmunológico/Vacuna</b>	
AREXVY INJ 120MCG/0.5ML	1
BOOSTRIX INJ 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1
SHINGRIX INJ 50MCG/0.5ML	1
<b>Reemplazo Mineral/Nutriente</b>	
klor-con 8 tbc 8meq, 10meq	2
klor-con m10 tbc 10meq, 20meq	2
klor-con m10 tbc 15meq	3
potassium chloride er cpcr 8meq, 10meq	2
potassium chloride er tbc 15meq	3
potassium chloride er tbc 8meq, 10meq, 15meq, 20meq	2
<b>Oftálmico/Condiciones Oculares/Glaucoma</b>	
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 22.3mg/ml; 6.8mg/ml	2
neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	2
neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	2
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate soln 10000unit/ml; 0.1%	2
RESTASIS MULTIDOSE EMUL 0.05%	3

	Nivel
RESTASIS EMUL 0.05%	3
erythromycin oint 5mg/gm	2
moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%	2
ofloxacin soln 0.3%	2
ketorolac tromethamine soln 0.5%	2
prednisolone acetate susp 1%	3
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	1
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.1%	3
brimonidine tartrate soln 0.2%	2
dorzolamide hydrochloride soln 2%	2
latanoprost soln 0.005%	1
LUMIGAN SOLN 0.01%	3
<b>Tratamiento del Trastorno por Consumo de Opioides</b>	
naltrexone hydrochloride tabs 50mg	2
<b>Respiratorio/Alergia</b>	
azelastine hydrochloride soln 0.1%	2
hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 50mg	2
levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg	2
<b>Respiratorio/Astma/Enfermedad Pulmonar (COPD)</b>	
fluticasone propionate susp 50mcg/act	2
montelukast sodium tabs 10mg	2
ipratropium bromide soln 0.03%, 0.06%	2
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3

	Nivel
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act	2
BREO ELLIPTA AEPB 50MCG/INH; 25MCG/INH, 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH	3
breyana aero 80mcg/act; 4.5mcg/act, 160mcg/act; 4.5mcg/act	4
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3
fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act	2
fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act	2
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3
TRELEGY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3
wixela inhub aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, aepb 500mcg/act; 50mcg/act	2
<b>Cobertura Para Medicamentos Mejorada</b>	
cyanocobalamin injection solution 1000mcg/ml	2
folic acid oral tablet 1mg	2
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25mg (50000ut)	2
sildenafil citrate oral tablet 100mg, 25mg, 50mg	2

**Consulte la lista completa de medicamentos cubiertos en [KelseyCareAdvantage.com](https://www.kelseycares.com), o llame al equipo de Asesoría personal al 1-713-442-CARE (2273), sin cargo al 1-866-535-8343 (TTY al 711),**

1 de octubre - 31 de marzo, 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días; 1 de abril - 30 de septiembre, lunes a viernes, 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local Los fines de semana, después de horas hábiles, y en días festivos federales se usa un servicio de mensajes.

KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. La lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores médicos pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá aviso cuando sea necesario. © 2025 KelseyCare Advantage. Todos los derechos reservados. H0332\_AF26\_C\_ES





**Formulario de Confirmación de Cita para el Alcance de Ventas**  
**Por favor, inicie junto al tipo de producto(s) que desea que el agente le explique**

<input type="checkbox"/> <b>Planes Medicare Advantage (Parte C) y Plan de Costo</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)</b> — Un Plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura de salud del Medicare Original Parte A y Parte B, y a veces también cubre los medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos y hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/> <b>Entiendo que KelseyCare Advantage NO ofrece los siguientes Planes de Medicare:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP)</b> — Un plan de medicamentos independiente que añade cobertura de medicamentos recetados al Medicare Original, a algunos Planes de Costo de Medicare, a algunos Planes de Pago por Servicio Privados de Medicare y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Organización de Proveedor Preferido de Medicare (PPO)</b> — Un Plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura del Medicare Original Parte A y Parte B, y a veces también cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Pago por Servicio Privado de Medicare (PFFS)</b> — Un tipo de Plan Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, términos y condiciones del plan.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP)</b> — Un Plan Medicare Advantage que ofrece un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de estos grupos especiales incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que residen en un asilo de ancianos y personas que padecen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)</b> — Los Planes MSA combinan un plan de salud con deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta, que puede usar para pagar sus gastos médicos hasta que se cumpla el deducible.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de Costo de Medicare</b> — En un Plan de Costo de Medicare, puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán bajo el Medicare Original, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.

**Al firmar este formulario, usted acepta una cita con un agente de ventas para platicar sobre los tipos de productos que ha inicialado arriba.** Tenga en cuenta que la persona que le explicará los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que esta persona reciba pago por su inscripción en un plan. **Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual o futura, ni lo inscribe automáticamente en un plan de Medicare.**

**Firma del Beneficiario o Representante Autorizado y Fecha de la Firma:**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la Firma:** \_\_\_\_\_

*Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba e imprima abajo:*

**Nombre del Representante:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Beneficiario:** \_\_\_\_\_

<b>Para ser completado por el agente:</b>	
Nombre del Agente:	Número telefónico del Agente:
Nombre del Beneficiario:	Número telefónico del Beneficiario:
Dirección del Beneficiario:	
Método Inicial de Contacto (Indique aquí si el beneficiario llegó sin cita):	
Firma del Agente:	
Plan(es) que representó el agente durante esta cita:	
Fecha en que se completó la cita:	
Razón por la cual se firmó el formulario en el momento de la cita (si aplica):	

La documentación del Alcance de la Cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de CMS.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, un HMO de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.

## ¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieran afiliarse a un plan Medicare Advantage.

### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, además debe tener ambas partes:

- Medicare parte A (seguro hospitalario)
- Medicare parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede usarlo para inscribirse en un plan:

- Cada año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre (para que la cobertura empiece el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en que empezó a tener Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para poder completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todas las partes de la Sección 1. Las partes de la Sección 2 son opcionales — no se le puede negar la cobertura por no haberlas completado.

## Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre – 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por que se le deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

## Personas sin hogar (indigentes)

Si desea afiliarse a un plan pero no tiene un domicilio permanente, un apartado de correos (P.O. Box), la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, donde recibe sus cheques del seguro social) podrían considerarse la dirección de su domicilio permanente.

## ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:  
KelseyCare Advantage  
P.O. Box 841569  
Pearland, Texas 77584-9832

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, se pondrán en contacto con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda para llenar este formulario?

Llame a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343; los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarle.

KelseyCare Advantage, ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB vigente para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud del tiempo calculado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor envíe una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (la Oficina de Autorización de Informes). Cualquier documento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

OMB número 0938- 1378 Vence el: 31/12/2026



**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en KelseyCare Advantage.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, acepto que KelseyCare Advantage comparta mi información con Medicare, y que Medicare podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar su inscripción en este plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en solamente un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente pondrá fin a mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de KelseyCare Advantage debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de KelseyCare Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios autorizados por KelseyCare Advantage y estarán incluidos en mi documento Evidencia de cobertura de KelseyCare Advantage (este también se conoce como contrato de integrante o contrato de afiliado/suscriptor). Ni Medicare ni KelseyCare Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos
- Al proporcionar mi número de teléfono a KelseyCare Advantage, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados o mensajes de texto relacionados con mi atención médica por parte de KelseyCare Advantage y sus afiliados. Tengo entendido que podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Las condiciones y la información sobre privacidad están disponibles en [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com) (solo en inglés). Si desea darse de baja, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al 866-535-8343 y solicite que le incluyan en nuestra lista de no-llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender Entiendo que si a propósito presento datos falsos en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que:  
1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta solicitud de inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:  
Para las personas que ayudan a los inscritos a completar este formulario únicamente:**

Complete esta sección si es la persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda al afiliado a completar este formulario. **Nota:** Agentes/Corredores: deben completar este recuadro **completamente**.

Nombre (no debe ser el nombre del afiliado): \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de identificación de productor nacional (NPN) del agente/corredor: \_\_\_\_\_

# de Identificación del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Seleccione el período de inscripción apropiado. (Si es SEP, escriba el SEP deseado, por ejemplo, SEPR para el de 5 estrellas)

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ MA OEP: \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_

## Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

Seleccione esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma. Español

Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de información

Favor de comunicarse a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) si necesita información en otro formato o idioma diferente de lo indicado arriba. Nuestras horas hábiles son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica u otro centro de salud:

Si se está cambiando de otro plan, ¿cuál es el nombre del plan o del plan de Medicare del que se está cambiando?

Quiero recibir los siguientes documentos mediante correo electrónico.

\_\_\_\_\_ **Sí**, quiero recibir muchos de los documentos de mi plan por entrega electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando se publiquen en línea nuevas comunicaciones (por ejemplo, boletines trimestrales o notificaciones anuales de cambios). Podrá acceder a estas comunicaciones mediante cualquier dispositivo como computadora, tableta o teléfono móvil.

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### Cómo pagar las primas de su plan:

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluidas las sanciones por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. **También puede pagar su prima mediante deducción automática de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés).**

**Si usted tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), debe pagar este importe adicional además de su prima del plan. NO le pague a KelseyCare Advantage la Parte D-IRMAA.**

### Favor de seleccionar una opción para pagar la prima:

#### Recibir una factura

**Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés)** de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO (CANCELADO) o proporcione la siguiente información:

Nombre en la cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Número de identificación del banco (routing number): \_\_\_\_\_ Número de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

#### **Deducción automática del cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

**Recibo beneficios mensuales de:** Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar a efectuarse después de que el Seguro Social o la RRB la aprueben.

En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para el pago de sus primas mensuales).

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851, 422.50 y 422.60 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) No. 09700588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar la inscripción en el plan.

## Certificación de elegibilidad durante un Período de Inscripción

**Generalmente, usted puede inscribirse en el plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage en una fecha fuera de este período.

Por favor lea las siguientes declaraciones con cuidado y señale la casilla de cualquier declaración que le corresponda a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible durante un Período de Inscripción. Si después determinamos que esta información no es la correcta, se puede cancelar su inscripción.

- Soy integrante nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra para el pago de la cobertura de Medicare de medicamentos con receta (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero participar o cambiarme a un plan que coordina la cobertura entre mis planes de Medicare y Medicaid (llamado Plan integrado para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad, o D-SNP, por sus siglas en inglés).
- Me voy a mudar, vivo en o hace poco me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar para adultos mayores o centro de atención a largo plazo). Me mudé o me voy a mudar al/del centro el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me salí de un programa PACE, el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura válida para medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar la cobertura de un empleador o sindicato el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica, o estoy a punto de perder la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare, o bien Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un plan por necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Me cancelaron la suscripción del SNP el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido al desastre.
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D).

Si ninguna de estas declaraciones le corresponde a usted o no está seguro, comuníquese a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) o sin cargo al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si califica para inscribirse. Abrimos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

## 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 libheng 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:** ເຖົ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

# Busca a tu Proveedor Médico

Por ser miembro, tienes muchas opciones en lo que se refiere a tu atención médica



## Clínica Kelsey-Seybold

Como afiliado de KelseyCare Advantage, tendrás acceso a más de 1,000 médicos y proveedores de atención médica en más de 65 especialidades en más de 40 clínicas de Kelsey-Seybold en toda el área metropolitana de Houston. Los afiliados gozan de la comodidad de obtener toda la atención y los servicios que necesitan bajo un mismo techo, incluyendo atención primaria, atención especializada, diagnóstico por imagen y análisis. Muchos centros incluso tienen una farmacia allí mismo.



Escanea para acceder a Nuestro Directorio Completo de Proveedores Médicos



## Acceso a los principales hospitales de Houston

Kelsey-Seybold está afiliado a hospitales de máxima calidad. Esto incluye los sistemas hospitalarios CHI St Luke's, Memorial Hermann, los sistemas hospitalarios de HCA Healthcare, Woman's Hospital of Texas y Texas Orthopedic Hospital.

Todos los miembros del plan pueden acceder a la red ampliada de atención primaria sin remisión. Para ver a un especialista afiliado, los miembros de los planes Signature y Core deben tener una remisión. Los miembros de Freedom generalmente necesitan una remisión para cobertura dentro de la red, pero no la necesitan si usan su beneficio de POS para ver a un proveedor médico afiliado.

Nombre del agente: \_\_\_\_\_

Teléfono del agente: \_\_\_\_\_

\*Los beneficios varían según el plan. Llama para obtener más información: posibles afiliados, llamar al 713-442-5646 (TTY al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a.m.-8:00 p.m., Hora del Centro, los siete días de la semana; o del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m.-8:00 p.m., Hora del Centro, de lunes a viernes. Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en KelseyCareAdvantage por Internet en [KelseyCareAdvantage.com/Enroll](https://www.KelseyCareAdvantage.com/Enroll) (sitio web en inglés) o a través del Centro de inscripción en línea de Medicare de los CMS, ubicado en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov). Podrían aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. \*\*Debes seguir pagando tu prima de Medicare Parte B. †El deducible de \$200 en el plan Freedom aplica solo a los medicamentos de los niveles (Tier) 3, 4 y 5. Los beneficios, la prima y/o los copagos y coaseguros podrían cambiar a partir del 1 de enero de cada año. El formulario de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores médicos pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás aviso cuando sea necesario. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Por favor consulta el Resumen de los Beneficios para obtener más información. Cada año, Medicare evalúa los seguros mediante un sistema de calificación de 5 estrellas. †One Pass es un programa voluntario. El programa One Pass varía según el plan/área. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos varían según ubicación. One Pass no se responsabiliza por los servicios o la información brindados por terceras partes. †Los servicios de MD Anderson tienen un seguro del 40%. ‡Las afecciones que califican incluyen: Enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), Cáncer, Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) y trastornos hematológicos severos. KelseyCare Advantage, un producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. ©2025 KelseyCare Advantage. Todos los derechos reservados. H0332\_010409\_BrokerB\_2026\_M\_ES