

2026

HƯỚNG DẪN GHI DANH VÀO MEDICARE

KelseyCare
Advantage
★★★★

SIGNATURE • FREEDOM • CORE





Mục lục

Chào mừng

3

Điều Gì Làm Nên Sự Khác Biệt Của Chúng Tôi

4

Tìm Hiểu Về Medicare

5

So sánh Original Medicare và Chương Trình Của Chúng Tôi

6

Đảm Bảo Quý Vị Đã Sẵn Sàng Tham Gia Medicare

7

Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe cho Quý Vị

8

Tóm Tắt Phúc Lợi

10

Danh Mục Thuốc Rút Gọn

25

Biểu Mẫu Xác Nhận Phạm Vi Nội Dung Buổi Hẹn Tư Vấn Bảo Hiểm

32

Đơn Xin Ghi Danh

33

Tìm Nhà Cung Cấp

40



Chào Mừng Quý Vị đến với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Dành Riêng cho Cư Dân Houston.

KelseyCare Advantage được các bác sĩ thuộc Kelsey-Seybold Clinic tại Houston xây dựng năm 2008 và từ đó đã trở thành một trong những chương trình Medicare Advantage hàng đầu trong khu vực, cung cấp các phúc lợi vượt trội cùng dịch vụ chăm sóc chất lượng cao từ Kelsey-Seybold.

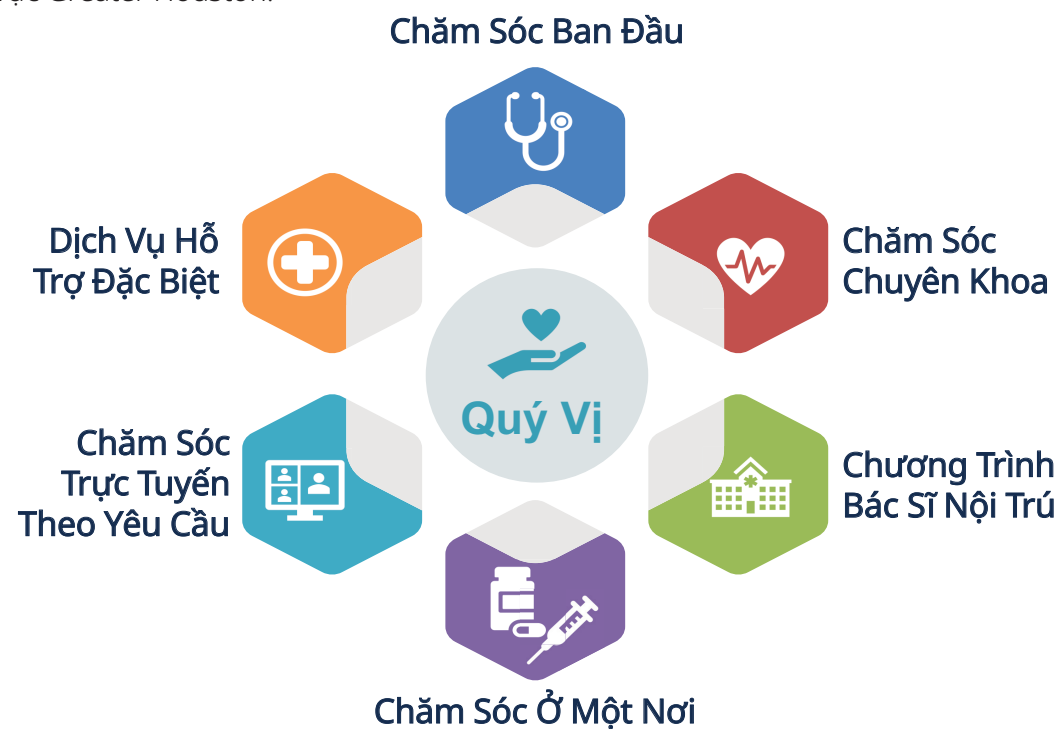
Với KelseyCare Advantage, quý vị không chỉ nhận dịch vụ thị lực và thính lực, mà chương trình của chúng tôi còn bao gồm **phúc lợi thể dục One Pass[®], dịch vụ đưa đón không giới hạn* đến và về từ các buổi hẹn thăm khám y tế cũng như dịch vụ nha khoa toàn diện.**

Quan trọng hơn cả là các thành viên sẽ có quyền tiếp cận mạng lưới rộng lớn gồm các nhà cung cấp và bác sĩ chuyên khoa đẳng cấp thế giới, cùng với dịch vụ cá nhân hóa từ đội ngũ địa phương tận tâm.

Điều Gì Làm Nên Sự Khác Biệt Của Chúng Tôi?

Chương trình của chúng tôi chăm sóc cho người cao tuổi tại Houston theo cách mà không chương trình nào làm được

Khi quý vị tham gia KelseyCare Advantage, phạm vi bảo hiểm và phúc lợi ưu việt chỉ là khởi đầu. Quý vị cũng có quyền tiếp cận hơn 1,000 nhà cung cấp ở hơn 65 chuyên khoa. Phương pháp tiếp cận có điều phối của chúng tôi chú trọng vào phòng ngừa và kiểm soát các bệnh mạn tính. Chúng tôi cũng mang lại sự thuận tiện với hơn 40 cơ sở Kelsey-Seybold trên toàn khu vực Greater Houston.



Thêm vào đó, các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và phòng xét nghiệm đều tập trung tại cùng một nơi, giúp quý vị dễ dàng chăm sóc mọi nhu cầu sức khỏe tại một địa điểm. Ngoài ra, quý vị có thể gặp bất kỳ bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa nào của Kelsey-Seybold **mà không cần giới thiệu.**

Chất Lượng Đã Được Chứng Minh

KelseyCare Advantage có thành tích nổi bật với xếp hạng cao từ Medicare, trong đó nhiều năm đạt 5 sao trong giai đoạn 2017–2023, phản ánh cam kết của chúng tôi về chất lượng, dịch vụ, bảo hiểm thuốc kê đơn và sự hài lòng của thành viên.

Tìm Hiểu Về Medicare

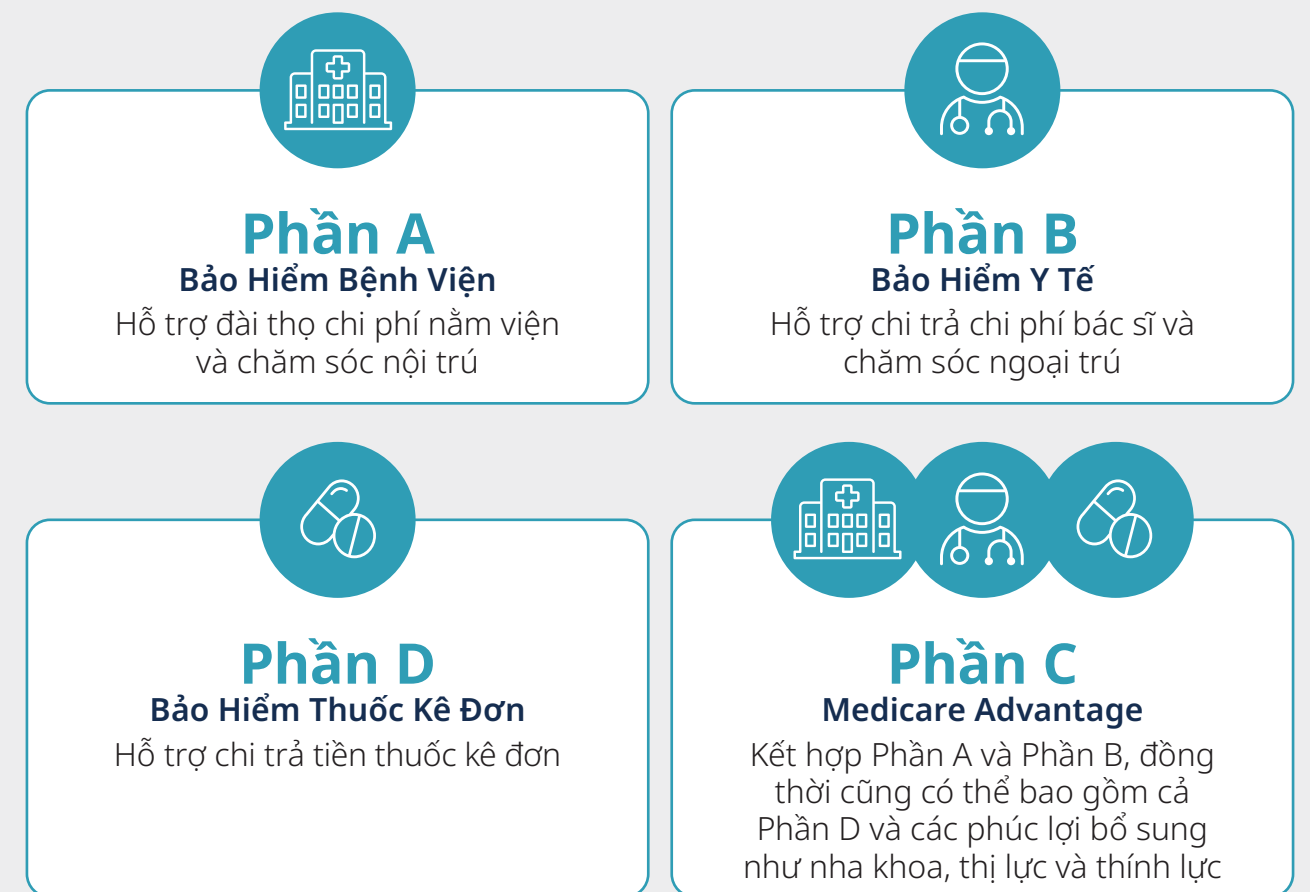
KelseyCare
Advantage
★★★★★

Quý vị đủ điều kiện ghi danh vào Medicare nếu:

- Quý vị là người từ 65 tuổi trở lên và là cư dân Hoa Kỳ trong ít nhất năm năm
- Quý vị là người dưới 65 tuổi và có một số khuyết tật nhất định
- Quý vị ở độ tuổi bất kỳ và mắc bệnh thận giai đoạn cuối hoặc Bệnh Xơ Cứng Teo Cơ Một Bên (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS hay còn gọi là bệnh Lou Gehrig)

Các Phần của Medicare:

Medicare có bốn phần, mỗi phần cung cấp các loại dịch vụ và phạm vi bảo hiểm khác nhau. Original Medicare là chương trình do chính phủ liên bang cung cấp và bao gồm Phần A và Phần B.



So sánh Original Medicare và Chương Trình Của Chúng Tôi

Khám phá những lợi ích của KelseyCare Advantage

Original Medicare đòi hỏi 80% chi phí chăm sóc sức khỏe được phê duyệt. Quý vị có trách nhiệm thanh toán 20% còn lại và chi phí tự chi trả thường niên sẽ không có giới hạn.

KelseyCare Advantage là chương trình Medicare Advantage trọn gói cung cấp phạm vi bảo hiểm bổ sung, bao gồm bảo hiểm thuốc kê đơn và các phúc lợi bổ sung mà không tốn thêm chi phí. Chúng tôi cũng đặt giới hạn tối đa cho chi phí tự chi trả thường niên.

Phạm Vi Bảo Hiểm và Phúc Lợi	Original Medicare	KelseyCare Advantage
Phần A: Bảo Hiểm Bệnh Viện	✓	✓
Phần B: Bảo Hiểm Y Tế	✓	✓
Phần D: Thuốc Kê Đơn		✓
Giới Hạn Tối Đa cho Chi Phí Tự Chi Trả		✓
Nha Khoa Toàn Diện		✓
Thị Lực		✓
Thính Lực		✓
Phúc Lợi Thẻ Dục One Pass®		✓
Dịch Vụ Đưa Đón Không Giới Hạn		✓
Trợ Cấp cho Thuốc Không Kê Đơn (Over the counter, OTC)		✓
Khấu Trừ Cho Thuốc \$0 [†]		✓
Thăm Khám Từ Xa		✓
Chăm Sóc Cấp Cứu Toàn Cầu		✓

Không phải chương trình nào cũng có đầy đủ phúc lợi. Phạm vi bảo hiểm và số tiền bảo hiểm thay đổi theo từng chương trình. Xem lại Tóm Tắt Phúc Lợi của chương trình để biết thêm chi tiết.

Đảm Bảo Quý Vị Đã Sẵn Sàng Tham Gia Medicare.

Dưới đây là danh sách kiểm tra tiện lợi để giúp quý vị chuẩn bị tốt hơn cho quá trình ghi danh.

- ☒ **Hiểu Rõ Nhu Cầu Của Quý Vị**

Hôm nay sức khỏe của quý vị thế nào? Ngày mai sức khỏe của quý vị có thể ra sao? Hãy liệt kê các bác sĩ quý vị đang thăm khám, các loại thuốc kê đơn quý vị đang dùng và mọi dịch vụ quý vị muốn được đài thọ.
- ☒ **Nắm Rõ Phạm Vi Bảo Hiểm và Phúc Lợi Của Quý Vị**

Trước khi ghi danh, điều quan trọng là phải xem kỹ phúc lợi của chương trình và đảm bảo rằng quý vị đăng ký đúng phạm vi bảo hiểm mình cần.
- ☒ **Xem Xét Danh Bạ Nhà Cung Cấp**

Kiểm tra xem bác sĩ hiện tại của quý vị có thuộc mạng lưới hay không. Nếu không, quý vị có thể sẽ cần chọn nhà cung cấp mới từ mạng lưới hơn 1,000 bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa của chúng tôi.
- ☒ **Xem Xét Danh Mục Thuốc**

Hãy đảm bảo rằng chương trình KelseyCare Advantage mà quý vị muốn tham gia đài thọ cho các loại thuốc kê đơn của quý vị.

Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe cho Quý Vị

Biểu đồ bên dưới có thể giúp quý vị xác định xem chương trình mới nào trong năm 2026 đáp ứng tốt nhất các nhu cầu riêng của mình. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Tóm Tắt Phúc Lợi.

Chọn Chương Trình Phù Hợp Với Quý Vị Nhất	Signature	Freedom	Core
 Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng**	\$0	\$0	\$0
 Phạm Vi Bảo Hiểm Phần D	Có	Có	Không
 Phạm Vi Bảo Hiểm Ngoài Mạng Lưới	Không	Có (Không Cần Giấy Giới Thiệu)	Không
 Đồng Thanh Toán khi Thăm Khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính	\$0 trong mạng lưới	\$0 trong mạng lưới \$10 ngoài mạng lưới	\$0 trong mạng lưới
 Đồng Thanh Toán khi Thăm Khám với Bác Sĩ Chuyên Khoa	\$20 trong mạng lưới	\$35 trong mạng lưới \$60 ngoài mạng lưới ¹	\$20 trong mạng lưới
 Đồng Thanh Toán khi Chăm Sóc Khẩn Cấp	\$25	\$40	\$25
 Nha Khoa (Chi Phí \$ cho Dịch Vụ Phòng Ngừa và Chăm Sóc Toàn Diện)	Đồng bảo hiểm 0% \$2,500	Đồng bảo hiểm 0% \$2,000	Đồng bảo hiểm 0% \$1,500 (khấu trừ \$25)
 Thị Lực	\$0 cho khám mắt Tiền mua kính mắt hàng năm \$125	\$0 cho khám mắt Tiền mua kính mắt hàng năm \$175	\$0 cho khám mắt Tiền mua kính mắt hàng năm \$125
 Phúc Lợi Thể Dục One Pass®	Bao gồm sẵn	Bao gồm sẵn	Bao gồm sẵn
 Dịch Vụ Đưa Đón	Không giới hạn	10 chuyến đi một chiều cho tất cả thành viên Không giới hạn đối với thành viên mắc các bệnh mạn tính đủ điều kiện ²	Không giới hạn



2026

BẢN TÓM TẮT PHÚC LỢI

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

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

KelseyCareAdvantage.com

Giới Thiệu Về Tài Liệu

Tài liệu Bản Tóm Tắt Phúc Lợi này cung cấp thông tin tổng quan về các dịch vụ y tế và thuốc men. Tài liệu không liệt kê đầy đủ tất cả các dịch vụ được bảo hiểm cũng như các giới hạn và trường hợp loại trừ. Xem danh sách đầy đủ các phúc lợi trong tài liệu **Bảng Chứng Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC)**, đặc biệt đối với những dịch vụ mà quý vị thường xuyên thăm khám với bác sĩ. Truy cập www.kelseycareadvantage.com hoặc gọi số **1-866-535-8343** (người dùng TTY gọi số 711) để xem bản sao của EOC.

Chúng Tôi Luôn Sẵn Sàng Giúp Đỡ Quý Vị!

Trang Web của Chúng Tôi - www.kelseycareadvantage.com
Số Điện Thoại Của Chúng Tôi -

- Nếu quý vị không phải là hội viên, vui lòng gọi số **1-800-663-7146** (người dùng TTY gọi số 711)
- Nếu quý vị đang là hội viên, vui lòng gọi số **1-866-535-8343** (người dùng TTY gọi số 711)

Giờ làm việc: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba. Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, giờ làm việc: thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương. Sử dụng dịch vụ nhắn tin vào các ngày cuối tuần, sau giờ làm việc và các ngày lễ của liên bang.

Ai Có Thể Tham Gia?

Quý vị có thể ghi danh tham gia KelseyCare Advantage nếu:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Phần B (để được nhận và giữ bảo hiểm Medicare, hầu hết mọi người phải trả phí bảo hiểm Medicare trực tiếp cho Medicare)
- Quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Quý vị sinh sống trong khu vực mà chương trình cung cấp dịch vụ, bao gồm:
 - **Chương trình Signature** - Các quận sau đây ở Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery và Galveston (ngoại trừ khu vực đảo)
 - **Chương trình Freedom và chương trình Core** - Các quận sau đây ở Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston (ngoại trừ khu vực đảo), Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller và Wharton

Để biết về các mức đài thọ và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong sổ tay “Medicare & Quý Vị” hiện tại của quý vị. Xem trực tuyến tại <http://www.medicare.gov> hoặc nhận bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

H0332_SB26_M

Quy Tắc Đài Thọ

Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ và vật phẩm liệt kê trong tài liệu này và **Bảng Chứng Bảo Hiểm**, nếu:

- Các dịch vụ hoặc vật phẩm là cần thiết về mặt y tế
- Các dịch vụ và vật phẩm được coi là hợp lý và cần thiết theo tiêu chuẩn của Original Medicare
- Quý vị nhận tất cả các dịch vụ và vật phẩm được đài thọ từ các nhà cung cấp của chương trình được liệt kê trong **Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Danh Bạ Nhà Thuốc**.

Nhận Dịch Vụ Chăm Sóc

Các chương trình **Signature và Core của KelseyCare Advantage*** có mạng lưới gồm các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác. Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không tham gia mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không thanh toán cho những dịch vụ này.

Chương trình **Freedom của KelseyCare Advantage*** có mạng lưới gồm các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác. Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không tham gia mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không thanh toán cho những dịch vụ này. *Đối với một số dịch vụ, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp không tham gia mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể phải chi trả nhiều hơn khi sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới.*

*Nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng với chương trình không có nghĩa vụ phải điều trị cho các hội viên của KelseyCare Advantage, ngoại trừ trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên hoặc xem lại EOC của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả thông tin về mức chia sẻ chi phí khi sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Thuốc Đài Thọ Theo Toa

Quý vị có thể mua thuốc theo toa từ bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới; tuy nhiên, **quý vị có thể phải chi trả ít hơn** khi mua thuốc tại Nhà Thuốc Ưu Tiên. Các Nhà Thuốc Ưu Tiên là **Các Nhà Thuốc Kelsey, H-E-B và Các Nhà Thuốc CVS**.

Quý vị có thể xem danh mục thuốc đầy đủ của chương trình (danh sách thuốc theo toa Phần D) và bất kỳ hạn chế nào trên trang web của chúng tôi (www.kelseycareadvantage.com). Hoặc gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao danh mục thuốc. Danh mục thuốc và/hoặc mạng lưới nhà thuốc có thể thay đổi vào bất kỳ lúc nào.

CHƯƠNG TRÌNH CORE CỦA KELSEYCARE ADVANTAGE KHÔNG ĐÀI THỌ CÁC THUỐC THEO TOA PHẦN D.

Những Khoản Được Chương Trình Đài Thọ và Những Khoản Quý Vị Thanh Toán Trong Năm 2026

 Phí Bảo Hiểm Của Chương Trình, Khoản Khấu Trừ và Số Tiền Tự Chi Trả Tối Đa (Maximum Out-of-Pocket, MOOP)

Số Tiền Tự Chi Trả	Core	Signature	Freedom
Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng Của Chương Trình	\$0 Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình		
Khoản Khấu Trừ Của Chương Trình	Các chương trình này không yêu cầu khoản khấu trừ y tế		
Số Tiền Tự Chi Trả Tối Đa (MOOP)	\$4,500	\$3,900	\$6,750 (nhà cung cấp trong mạng lưới) \$10,000 (nhà cung cấp ngoài mạng lưới)
	Khi quý vị đạt đến số tiền tự chi trả tối đa, chúng tôi sẽ thanh toán toàn bộ chi phí trong suốt thời gian còn lại của năm.		

 Quyền Lợi Tại Bệnh Viện

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Chăm Sóc Nội Trú Tại Bệnh Viện¹	\$325 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 5 \$0 mỗi ngày, ngày 6 đến ngày 90 (nếu áp dụng)	\$150 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 4 \$0 mỗi ngày, ngày 5 đến ngày 90 (nếu áp dụng)	\$375 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 5 \$0 mỗi ngày, ngày 6 đến ngày 90 (nếu áp dụng), (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% cho mỗi lần nhập viện (ngoài mạng lưới)
Chăm Sóc Ngoại Trú Tại Bệnh Viện¹	\$300 tiền đồng trả	\$300 tiền đồng trả	\$350 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Điều Trị Tại Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú (Ambulatory Surgical Center, ASC)¹	\$200 tiền đồng trả	\$200 tiền đồng trả	\$300 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)

 Thăm Khám Bác Sĩ

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Bác Sĩ Chăm Sóc Chính	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) \$10 tiền đồng trả (ngoài mạng lưới)
Bác Sĩ Chuyên Khoa²	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$35 tiền đồng trả (trong mạng lưới) \$60 tiền đồng trả* (ngoài mạng lưới) <i>*(Mức đồng bảo hiểm 40% áp dụng cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ tại MD Anderson)</i>



Chăm Sóc Phòng Ngừa, Cấp Cứu và Khẩn Cấp

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Chăm Sóc Phòng Ngừa	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
	Vui lòng tham khảo tài liệu EOC để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ Chăm Sóc Phòng Ngừa.		
Chăm Sóc Cấp Cứu (bên trong lãnh thổ Hoa Kỳ)	\$125 tiền đồng trả Quý vị sẽ được miễn tiền đồng trả nếu nhập viện trong vòng 3 ngày do cùng một tình trạng bệnh. Xem mục “Chăm Sóc Nội Trú Tại Bệnh Viện” trong sổ tay này để biết các chi phí khác.		
Chăm Sóc Khẩn Cấp	\$25 tiền đồng trả	\$25 tiền đồng trả	\$40 tiền đồng trả



Dịch vụ chẩn đoán, xét nghiệm và hình ảnh

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Dịch Vụ Chẩn Đoán X-quang (Chụp MRI, chụp CT) ¹	Tiền đồng trả từ \$25 đến \$200, tùy vào dịch vụ	Tiền đồng trả từ \$25 đến \$200, tùy vào dịch vụ	Tiền đồng trả từ \$25 đến \$200, tùy vào dịch vụ (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Các dịch vụ phòng xét nghiệm ¹	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Các xét nghiệm chẩn đoán và thủ thuật ¹	Tiền đồng trả từ \$0 đến \$25, tùy vào dịch vụ	Tiền đồng trả từ \$0 đến \$25, tùy vào dịch vụ	Tiền đồng trả từ \$0 đến \$25, tùy vào dịch vụ (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú ¹	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Dịch Vụ X-quang Điều Trị ¹	\$50 tiền đồng trả	\$50 tiền đồng trả	\$50 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Các dịch vụ thính lực

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Khám thính lực chẩn đoán ¹	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$35 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Khám thính lực định kỳ (1 lần khám thính lực định kỳ mỗi năm)	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Máy trợ thính	Đối với máy trợ thính, chương trình của chúng tôi đài thọ tối đa \$750 cho mỗi bên tai, mỗi ba năm một lần. Quý vị phải trả bất kỳ khoản tiền nào vượt quá số tiền được phép của chương trình.		



Các dịch vụ nha khoa (chỉ đài thọ các dịch vụ do nha sĩ trong mạng lưới cung cấp)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Khám Răng Định Kỳ	Tối đa \$1,500 một năm cho các dịch vụ được đài thọ	Tối đa \$2,500 một năm cho các dịch vụ được đài thọ	Tối đa \$2,000 một năm cho các dịch vụ được đài thọ
Phòng ngừa và toàn diện ²	Khoản khấu trừ \$25		
	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ, như làm sạch, trám răng và chụp X-quang	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ, như làm sạch, trám răng và chụp X-quang	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ, như làm sạch, trám răng và chụp X-quang
	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ toàn diện được đài thọ, như trám răng và nhổ răng*	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ toàn diện được đài thọ, như trám răng, nhổ răng, răng giả và mào răng*	Mức đồng bảo hiểm 0% cho các dịch vụ toàn diện được đài thọ, như trám răng, nhổ răng, răng giả và mào răng*
*Xem EOC để biết thêm chi tiết về các hạn chế và loại trừ.			



Các dịch vụ thị lực

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Khám mắt chẩn đoán (bao gồm khám mắt cho người bị tiểu đường)	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$35 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Khám tầm soát bệnh tăng nhãn áp	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Khám mắt định kỳ (1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm)	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Kính mắt và kính áp tròng	Khoản hỗ trợ \$125 mỗi năm cho kính thuốc	Khoản hỗ trợ \$125 mỗi năm cho kính thuốc	Khoản hỗ trợ \$175 mỗi năm cho kính thuốc



Các dịch vụ sức khỏe tâm thần

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Điều trị nội trú tại cơ sở tâm thần ¹	\$325 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 5; \$0 mỗi ngày, ngày 6 đến ngày 90	\$150 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 4; \$0 mỗi ngày, ngày 5 đến ngày 90	\$375 mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 5; \$0 mỗi ngày, ngày 6 đến ngày 90 (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Điều trị ngoại trú (cá nhân hoặc theo nhóm)	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Trị liệu phục hồi chức năng

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled nursing facility, SNF) ¹ Chương trình của chúng tôi dài tối đa 100 ngày cho mỗi giai đoạn phúc lợi.	\$0 tiền đồng trả mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 20; \$218 mỗi ngày, ngày 21 đến 100	\$0 tiền đồng trả mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 20; \$218 mỗi ngày, ngày 21 đến 100	\$0 tiền đồng trả mỗi ngày, ngày 1 đến ngày 20; \$218 mỗi ngày, ngày 21 đến 100 (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Vật lý trị liệu và trị liệu lời nói ¹	\$15 tiền đồng trả	\$15 tiền đồng trả	\$15 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Trị liệu chức năng sinh hoạt hàng ngày ¹	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$35 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Xe cứu thương

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Xe cứu thương ¹ (đường bộ hoặc đường hàng không, một chiều)	\$275 tiền đồng trả	\$275 tiền đồng trả	\$325 tiền đồng trả (trong mạng lưới) \$400 tiền đồng trả (ngoài mạng lưới)



Dịch vụ đưa đón

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Dịch vụ đưa đón định kỳ (tới các địa điểm đã được chương trình phê duyệt)	Không giới hạn	Không giới hạn	10 chuyến đi một chiều
Hỗ Trợ Bệnh Trạng Mãn Tính (dịch vụ đưa đón)	Không áp dụng	Không áp dụng	\$0 tiền đồng trả cho dịch vụ đưa đón không giới hạn đến các địa điểm được chương trình phê duyệt. Những phúc lợi là một phần trong chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính. Không phải mọi hội viên đều đáp ứng điều kiện để nhận phúc lợi. Xem tài liệu <i>Bảng Chứng Bảo Hiểm</i> để biết thông tin về các điều kiện nhận phúc lợi.



Thuốc Medicare Phần B (Có thể áp dụng quy tắc Trị Liệu Từng Bước)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Thuốc hóa trị ¹	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20%	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20%	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20% (nhà thuốc trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 0% - 40% (nhà thuốc ngoài mạng lưới)
Thuốc Insulin thuộc Phần B ¹	Tối đa \$35 tiền đồng trả	Tối đa \$35 tiền đồng trả	Tối đa \$35 tiền đồng trả
Các thuốc Phần B khác ¹	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20%	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20%	Mức đồng bảo hiểm 0% - 20% (nhà thuốc trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 0% - 40% (nhà thuốc ngoài mạng lưới)

¹ Quý vị có thể cần được cho phép trước để nhận dịch vụ

² Quý vị có thể cần xin giấy giới thiệu từ bác sĩ để nhận dịch vụ



Thuốc Medicare Phần D (Chương trình Core không cung cấp Quyền lợi Phần D)

Các giai đoạn thanh toán thuốc theo toa	Signature	Freedom
Giai đoạn khoản khấu trừ	Không có khoản khấu trừ.	Không có khoản khấu trừ đối với các thuốc ở Bậc 1, 2 và 6. Có khoản khấu trừ \$200 cho thuốc ở Bậc 3, 4 và 5. Quý vị chi trả toàn bộ chi phí (chi phí thuốc đã thương lượng) không vượt quá giới hạn của khoản khấu trừ.
Giai đoạn đài thọ ban đầu	Quý vị chi trả những khoản sau cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt \$2,100. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc do cả quý vị và chương trình Phần D của chúng tôi chi trả. Quý vị có thể mua thuốc tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới và nhà thuốc giao thuốc qua bưu điện. Mức chia sẻ chi phí có thể thay đổi tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn và thời điểm quý vị tham gia giai đoạn tiếp theo của phúc lợi Phần D. Để biết thêm thông tin về mức chia sẻ chi phí cụ thể của từng nhà thuốc và các giai đoạn hưởng phúc lợi, vui lòng gọi cho chúng tôi hoặc xem tài liệu <i>Bảng Chứng Bảo Hiểm</i> .	

		Signature		Freedom	
Bậc	Lượng thuốc	Nhà thuốc bán lẻ & Giao thuốc qua bưu điện Ưu Tiên	Nhà thuốc bán lẻ & Giao thuốc qua bưu điện Thông Thường^	Nhà thuốc bán lẻ & Giao thuốc qua bưu điện Ưu Tiên	Nhà thuốc bán lẻ & Giao thuốc qua bưu điện Thông Thường^
Bậc 1 Thuốc gốc ưu tiên	30 ngày^	\$0	\$7	\$0	\$7
	90 ngày	\$0	\$21	\$0	\$21
Bậc 2 Thuốc gốc†	30 ngày^	\$4	\$12	\$5	\$15
	90 ngày	\$10	\$36	\$12.50	\$45
Bậc 3 Thuốc biệt dược ưu tiên*	30 ngày^	20%	20%	\$40	\$47
	90 ngày	20%	20%	\$100	\$141
Bậc 4 Thuốc biệt dược không ưu tiên*	30 ngày^	30%	30%	35%	35%
	90 ngày	30%	30%	35%	35%
Bậc 5 Bậc thuốc chuyên khoa*	30 ngày^	30%	30%	30%	30%
	90 ngày	Không có sẵn	Không có sẵn	Không có sẵn	Không có sẵn
Bậc 6 Thuốc chăm sóc chọn lọc	30 ngày^	\$0	\$0	\$0	\$0
	100 ngày	\$0	\$0	\$0	\$0

Giai đoạn tai ương	Quý vị bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương khi số tiền tự chi trả của quý vị đạt đến giới hạn \$2,100 cho năm dương lịch. Ở giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc được đài thọ theo Phần D của quý vị. Sau khi bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị sẽ ở trong giai đoạn thanh toán này cho đến hết năm dương lịch.
--------------------	--

Bảo hiểm thuốc bổ sung	Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho một số thuốc theo toa (bảo hiểm thuốc mở rộng) thường không được chương trình thuốc theo toa của Medicare đài thọ. Bảo hiểm thuốc bổ sung áp dụng cho các loại thuốc sau đây trong bậc chia sẻ chi phí Bậc 2: - sildenafil 25 MG - QL 6/30 - sildenafil 50 MG - QL 6/30 - sildenafil 100 MG - QL 6/30 - folic acid 1 MG - QL 30/30 - ergocalciferol 1.25 MG - vitamin B12 1000 MCG/ML Số tiền quý vị chi trả cho những loại thuốc này không được dùng để xem xét tính đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
------------------------	--

* Quý vị sẽ không phải trả quá \$35 cho mỗi toa thuốc insulin lượng đủ dùng trong một tháng, dù quý vị đang ở bậc chia sẻ chi phí nào.

† Bậc 2 bao gồm bảo hiểm thuốc mở rộng.

^ Nếu quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị trả mức phí tương tự như tại nhà thuốc bán lẻ thông thường. Trong thời gian quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận được tối đa lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày.

Các phúc lợi được đài thọ khác



Chăm sóc châm cứu và nắn chỉnh xương

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Châm cứu Medicare chỉ đài thọ các dịch vụ điều trị chứng đau lưng mãn tính.	\$15 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$15 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)
Các dịch vụ nắn chỉnh xương Medicare chỉ đài thọ dịch vụ nắn chỉnh cột sống bằng tay để điều chỉnh tình trạng trật khớp.	\$15 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$15 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Chăm sóc bàn chân (dịch vụ cho bàn chân)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Khám và điều trị bàn chân¹	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$35 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Vật tư theo dõi bệnh tiểu đường

Thương hiệu được ưu tiên bao gồm Roche (tức là ACCU-CHEK®). Các thương hiệu vật tư y tế cho người bệnh tiểu đường không được ưu tiên (bao gồm máy đo và que thử) sẽ không được đài thọ. Máy theo dõi đường huyết liên tục (continuous blood glucose monitor, CGM) được ưu tiên là Dexcom G6/G7 và Freestyle Libre 14/2/3. Không đài thọ tất cả các CGM khác.

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Vật tư xét nghiệm bệnh tiểu đường ¹	Mức đồng bảo hiểm 0%	Mức đồng bảo hiểm 0%	Mức đồng bảo hiểm 0% (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới) (ngay cả khi sử dụng các thương hiệu được ưu tiên)
Kim chích máu, thiết bị chích máu và dung dịch kiểm soát ¹	Mức đồng bảo hiểm 0%	Mức đồng bảo hiểm 0%	Mức đồng bảo hiểm 0% (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới) (ngay cả khi sử dụng các thương hiệu được ưu tiên)
Giày hoặc miếng lót giày trị liệu ¹	Mức đồng bảo hiểm 20%	Mức đồng bảo hiểm 20%	Mức đồng bảo hiểm 20% (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới) (ngay cả khi sử dụng các thương hiệu được ưu tiên)
Máy theo dõi đường huyết liên tục (Continuous blood glucose monitor, CGM) ¹	Mức đồng bảo hiểm 15% ở nhà thuốc bán lẻ Mức đồng bảo hiểm 20% ở nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME)	Mức đồng bảo hiểm 15% ở nhà thuốc bán lẻ Mức đồng bảo hiểm 20% ở nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME)	Mức đồng bảo hiểm 15% ở nhà thuốc bán lẻ (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 20% ở nhà cung cấp DME (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Quyền lợi phòng tập thể dục

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Phòng gym/Phòng tập thể dục	Được đài thọ	Được đài thọ	Được đài thọ



Chăm sóc tại nhà

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Dịch vụ sức khỏe tại nhà ¹	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Thiết bị và vật tư y tế

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Thiết bị y tế lâu bền (DME) ¹ , chẳng hạn như xe lăn và thiết bị oxy	Mức đồng bảo hiểm 20%	Mức đồng bảo hiểm 20%	Mức đồng bảo hiểm 20% (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)



Phúc lợi vật phẩm không theo toa (over-the counter, OTC)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Các vật phẩm không theo toa (OTC)	Quý vị sẽ nhận được khoản hỗ trợ \$25 mỗi ba tháng cho các vật phẩm OTC đủ điều kiện. Chọn từ nhiều sản phẩm chăm sóc y tế và sức khỏe không theo toa được chấp thuận như dụng cụ sơ cứu, thuốc giảm đau, thuốc trị cảm lạnh và nhiều loại khác.		



Dịch vụ điều trị rối loạn lạm dụng chất gây nghiện

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Các dịch vụ chương trình điều trị opioid ¹	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả	\$20 tiền đồng trả (trong mạng lưới) Mức đồng bảo hiểm 40% (ngoài mạng lưới)

Quyền Lợi	Core	Signature	Freedom
Thăm khám điện tử	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả
Thăm khám qua video	\$0 tiền đồng trả (bác sĩ chăm sóc chính) \$15 tiền đồng trả (bác sĩ chuyên khoa, sức khỏe tâm thần và các nhà cung cấp khác)	\$0 tiền đồng trả (bác sĩ chăm sóc chính) \$15 tiền đồng trả (bác sĩ chuyên khoa, sức khỏe tâm thần và các nhà cung cấp khác)	\$0 tiền đồng trả (bác sĩ chăm sóc chính) \$15 tiền đồng trả (bác sĩ chuyên khoa, sức khỏe tâm thần và các nhà cung cấp khác)
Tư vấn điện tử chuyên khoa	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả	\$0 tiền đồng trả

¹ Quý vị có thể cần được cho phép trước để nhận dịch vụ

² Quý vị có thể cần xin giấy giới thiệu từ bác sĩ để nhận dịch vụ

Thông Tin Tham Khảo Nhanh	
Dịch Vụ Hội Viên	713-442-CARE (2273) hoặc 866-535-8343
Trung Tâm Tiếp Nhận Bệnh Nhân Kelsey-Seybold	713-442-0000 (đặt lịch hẹn)
Dịch vụ đưa đón	713-KCA-RIDE hoặc 855-931-7433
Nha khoa (UHC Dental/Nhà Cung Cấp Quyền Lợi Nha Khoa)	844-298-8569
Optum Rx (thuốc theo toa)	800-707-8194 hoặc www.Optumrx.com
Thị Lực (Spectera/UHC Vision)	877-574-7081 hoặc https://kca.yourvisionplan.com
Vật phẩm không theo toa (OTC)	800-688-2719 hoặc www.KCAOTC.com
Phòng tập thể dục	877-504-6830 hoặc www.youronepass.com
Đường Dây Y Tá 24 Giờ	713-442-0000
MyKelseyOnline (MKO) Đường dây trợ giúp	713-442-6565

THÔNG TIN BẮT BUỘC

KelseyCare Advantage, một sản phẩm của KS Plan Administrators, LLC, là một chương trình HMO và POS Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào KelseyCare Advantage sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

DANH SÁCH KIỂM TRA TRƯỚC GHI DANH

Trước khi quyết định ghi danh, quý vị cần hiểu rõ các phúc lợi và quy định của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số **713-442-CARE (2273)** hoặc gọi số miễn phí **1-866-535-8343** (người dùng TTY gọi số 711). Giờ làm việc: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba. Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, giờ làm việc: thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương. Sử dụng dịch vụ nhắn tin vào các ngày cuối tuần, sau giờ làm việc và các ngày lễ của liên bang.

Hiểu Các Phúc Lợi

- ☐ Xem danh sách đầy đủ các phúc lợi trong tài liệu Bảng Chứng Bảo Hiểm (EOC), đặc biệt đối với những dịch vụ mà quý vị thường xuyên thăm khám với bác sĩ. Truy cập www.kelseycareadvantage.com hoặc gọi số **1-866-535-8343** (người dùng TTY gọi số 711) để xem bản sao của EOC.
- ☐ Xem Danh Bạ Nhà Cung Cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ quý vị đang thăm khám có tham gia mạng lưới. Nếu bác sĩ đó không có tên trong danh sách, điều đó có nghĩa là quý vị có thể cần chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Đối với các chương trình Freedom và Signature của KelseyCare Advantage, hãy xem Danh Bạ Nhà Thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng để mua các thuốc theo toa có tham gia mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có trong danh sách, có thể quý vị sẽ phải chọn nhà thuốc mới để lấy thuốc theo toa.
- ☐ Đối với các chương trình Freedom và Signature của KelseyCare Advantage, hãy xem danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được chương trình đài thọ.

Hiểu Các Quy Định Quan Trọng

- ☐ Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình (nếu có), quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được trừ trực tiếp từ tiền An Sinh Xã Hội hàng tháng của quý vị.
- ☐ Các phúc lợi, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng trả/mức đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 Tháng Giêng, năm 2027.
- ☐ Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ do nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không có tên trong danh bạ nhà cung cấp) thực hiện, trừ khi quý vị ghi danh trong chương trình KelseyCare Advantage Freedom.
- ☐ Chương trình KelseyCare Advantage Freedom cho phép quý vị thăm khám với các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới của chúng tôi (các nhà cung cấp không ký hợp đồng với chương trình). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ do nhà cung cấp không ký hợp đồng với chương trình cung cấp, nhà cung cấp đó phải đồng ý điều trị cho quý vị. Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp dịch vụ không ký hợp đồng với chương trình có thể từ chối chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ phải trả mức chi phí chia sẻ cao hơn cho các dịch vụ nhận từ các nhà cung cấp không ký hợp đồng với chương trình.



Giờ hoạt động:

Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba
8 giờ sáng đến 8 giờ tối
7 ngày một tuần

Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín
8 giờ sáng đến 8 giờ tối
Thứ Hai đến Thứ Sáu

KelseyCare Advantage, một sản phẩm của KS Plan Administrators, LLC, là một chương trình HMO và POS Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào KelseyCare Advantage sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Hàng năm, Medicare đều đánh giá các chương trình dựa trên hệ thống xếp hạng 5 Sao. Không phải mọi chương trình đều có tất cả các quyền lợi. Sử dụng dịch vụ nhấn tin vào các ngày cuối tuần, sau giờ làm việc, và các ngày lễ của liên bang. ©2025 KelseyCare Advantage. Bảo lưu mọi quyền.

H0332_SB26_M

KELSEYCARE
ADVANTAGE ĐÀI THỌ CHO QUÝ VỊ



KelseyCare Advantage đài thọ cho hơn 3,200 loại thuốc với khoản khấu trừ \$0 cho thuốc bậc 1, 2, và 6.

Cách đọc danh mục thuốc được đài thọ trong chương trình của quý vị



Tên **in nghiêng** là thuốc gốc thường có khoản đồng thanh toán và chi phí thấp hơn



Tên **IN HOA** là thuốc biệt dược thường có khoản đồng thanh toán và chi phí cao hơn



Mức “**Bậc**” hoặc danh mục định giá: Thuốc ở các bậc khác nhau có thể có chi phí khác nhau

	Bậc
Thuốc Giảm Đau/Gút	
viên nén allopurinol 100mg, 300mg	2
viên nén colchicine 0.6mg	2
Thuốc Giảm Đau/Đau	
viên nang celecoxib 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	2
viên nén tan trong ruột, phóng thích trễ diclofenac sodium 25mg, 50mg, 75mg	2
viên nén ibuprofen 400mg, 600mg, 800mg	1
viên nén meloxicam 7.5mg, 15mg	1
viên nén naproxen 250mg, 375mg, 500mg	1
viên nén phóng thích kiểm soát, phóng thích kéo dài morphin sunfat 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	3
viên nén acetaminophen/codeine 300mg, 15mg, 300mg, 30mg, 300mg, 60mg	2
viên nén endocet 325mg, 2.5mg, 325mg, 7.5mg, 325mg, 10mg	3
viên nén endocet 325mg, 5mg	2

	Bậc
viên nén hydrocodone bitartrate/acetaminophen 325mg, 5mg, 325mg, 7.5mg, 325mg, 10mg	2
viên nén hydrocodone bitartrate/acetaminophen 325mg, 2.5mg	3
viên nén oxycodone hydrochloride 5mg, 10mg, 15mg	2
viên nén oxycodone hydrochloride 20mg, 30mg	3
viên nén oxycodone/acetaminophen 325mg, 5mg	2
viên nén oxycodone/acetaminophen 325mg, 2.5mg, 325mg, 7.5mg, 325mg, 10mg	3
viên nén tramadol hydrochloride 50mg	2
thuốc mỡ lidocaine 5%	4
miếng dán lidocaine 5%	4
Thuốc Kháng Sinh/Nhiễm Trùng	
viên nang clindamycin hydrochloride 75mg, 150mg, 300mg	2
viên nén metronidazole 250mg, 500mg	2

	Bậc
viên nang nitrofurantoin monohydrate/ macrocrystals 100mg	2
viên nang cefadroxil 500mg	2
viên nang cefdinir 300mg	2
viên nén cefpodoxime proxetil 100mg, 200mg	4
viên nén cefuroxime axetil 250mg, 500mg	2
viên nang cephalixin 250mg, 500mg	2
viên nang amoxicillin 250mg, 500mg	2
viên nén amoxicillin 500mg, 875mg	2
viên nén amoxicillin/clavulanate potassium 250mg, 125mg	4
viên nén amoxicillin/clavulanate potassium 500mg, 125mg, 875mg, 125mg	2
viên nén azithromycin 250mg, 500mg, 600mg	2
viên nén ciprofloxacin hydrochloride 250mg, 500mg, 750mg	1
viên nén levofloxacin 250mg, 500mg, 750mg	2
viên nén hàm lượng gấp đôi sulfamethoxazole/trimethoprim 800mg, 160mg	2
viên nén sulfamethoxazole/trimethoprim 400mg, 80mg	2
viên nang doxycycline hyclate 50mg, 100mg	2
viên nén doxycycline hyclate 100mg	2
viên nang doxycycline monohydrate 50mg, 100mg	2
viên nén doxycycline monohydrate 50mg, 100mg	2
viên nén doxycycline monohydrate 75mg, 150mg	2
Thuốc Chống Nấm/Nhiễm Trùng	
viên nén fluconazole 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2
kem ketoconazole 2%	2
dầu gội ketoconazole 2%	2
bột nyamyc 100000 đơn vị/gm	2
kem nystatin 100000 đơn vị/gm	2
bột nystatin 100000 đơn vị/gm	2

	Bậc
hỗn dịch nystatin 100000 đơn vị/ml	2
bột nystop 100000 đơn vị/gm	2
viên nén terbinafine hcl 250mg	2
Thuốc Điều Trị Đau Nửa Đầu	
viên nén sumatriptan succinate 25mg, 50mg, 100mg	2
Tác Nhân Chống Ung Thư/Ung Thư	
viên nén abiraterone acetate 250mg, 500mg	5
viên nén abirtega 250mg	2
viên nén anastrozole 1mg	2
viên nén letrozole 2.5mg	2
Diệt Ký Sinh Trùng/Nhiễm Trùng	
viên nén hydroxychloroquine sulfate 100mg, 200mg	2
Kháng Vi-rút/Nhiễm Trùng	
viên nén acyclovir 400mg, 800mg	2
viên nén valacyclovir hydrochloride 500mg, 1gm	3
GÓI TRỊ LIỆU BẰNG THUỐC PAXLOVID	3
Tim Mạch/Tim/Huyết Áp/Dịch	
viên nén clonidine hydrochloride 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg	1
viên nén midodrine hydrochloride 2.5mg, 5mg, 10mg	2
viên nén losartan potassium 25mg, 50mg, 100mg	6
viên nén olmesartan medoxomil 5mg, 20mg, 40mg	6
viên nén valsartan 40mg, 80mg, 160mg, 320mg	6
viên nén lisinopril 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	6
viên nén amiodarone hydrochloride 100mg	4
viên nén amiodarone hydrochloride 200mg	2
viên nén digoxin 125mcg, 250mcg	2
viên nén flecainide acetate 50mg, 100mg, 150mg	2
viên nén pacerone 100mg	4

	Bậc
viên nén pacerone 200mg	2
viên nén atenolol 25mg, 50mg, 100mg	1
viên nén bisoprolol fumarate 5mg, 10mg	2
viên nén carvedilol 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ metoprolol succinate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2
viên nén metoprolol tartrate 25mg, 37.5mg, 50mg, 100mg	1
viên nén metoprolol tartrate 75mg	2
viên nén propranolol hydrochloride 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2
viên nén amlodipine besylate 2.5mg, 5mg, 10mg	1
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ nifedipine 30mg, 60, 90mg	2
viên nang phóng thích kéo dài trong 24 giờ cartia xt 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2
viên nang phóng thích kéo dài trong 24 giờ diltiazem hydrochloride 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2
VIÊN NÉN ENTRESTO 24MG, 26MG, 49MG, 51MG, 97MG, 103MG	3
viên nén lisinopril/hydrochlorothiazide 12.5mg, 10mg, 12.5mg, 20mg, 25mg, 20mg	6
viên nén losartan potassium/ hydrochlorothiazide 12.5mg, 50mg, 12.5mg, 100mg, 25mg, 100mg	6
viên nang triamterene/hydrochlorothiazide 25mg, 37.5mg	1
viên nén triamterene/hydrochlorothiazide 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	1
viên nén bumetanide 0.5mg, 1mg, 2mg	2
viên nén furosemide 20mg, 40mg, 80mg	1
viên nén torsemide 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2
viên nén chlorthalidone 25mg, 50mg	2
viên nang hydrochlorothiazide 12.5mg	1
viên nén hydrochlorothiazide 12.5mg, 25mg, 50mg	1
viên nén spironolactone 25mg, 50mg, 100mg	2

	Bậc
viên nén dapagliflozin propanediol 5mg, 10mg	3
VIÊN NÉN FARXIGA 5MG, 10MG	3
VIÊN NÉN JARDIANCE 10MG, 25MG	3
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ isosorbide mononitrate 30mg, 60mg, 120mg	2
thuốc đặt dưới lưỡi nitroglycerin 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	2
viên nén hydralazine hydrochloride 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2
viên nén minoxidil 2.5mg, 10mg	2
Tim Mạch/Cholesterol Cao	
viên nén fenofibrate 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2
viên nén atorvastatin calcium 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
viên nén lovastatin 10mg, 20mg, 40mg	6
viên nén pravastatin sodium 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
viên nén rosuvastatin calcium 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	6
viên nén simvastatin 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
viên nén ezetimibe 10mg	2
viên nang omega-3-acid ethyl esters 375mg, 465mg, 1gm	4
THUỐC TIÊM REPATHA SURECLICK 140MG/ML	3
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Lo Âu	
viên nén buspirone hydrochloride 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1
viên nén alprazolam 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	2
viên nén diazepam 2mg, 5mg, 10mg	2
viên nén lorazepam 0.5mg, 1mg, 2mg	2
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Chứng Mất Trí Nhớ	
viên nén donepezil hydrochloride 5mg, 10mg	2
viên nén memantine hcl titration pak	2
viên nén memantine hydrochloride 5mg, 10mg	2

	Bậc
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Đau Cơ Bắp	
viên nén baclofen 5mg, 10mg, 20mg	2
viên nén tizanidine hydrochloride 2mg, 4mg	2
viên nén cyclobenzaprine hydrochloride 5mg, 10mg	3
viên nén methocarbamol 500mg, 750mg	2
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Bệnh Parkinson	
viên nén carbidopa/levodopa 10mg, 100mg, 25mg, 100mg, 25mg, 250mg	2
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Chứng Loạn Tâm Thần/Trầm Cảm	
viên nén phòng thích kéo dài (phóng thích duy trì) trong 12 giờ bupropion hydrochloride 100mg, 150mg, 200mg	2
viên nén phóng thích kéo dài (xl) trong 24 giờ bupropion hydrochloride 150mg, 300mg	2
viên nén mirtazapine 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg	2
viên nén citalopram hydrobromide 10mg, 20mg, 40mg	1
viên nang phóng thích chậm các hạt duloxetine hydrochloride 20mg, 30mg, 60mg	2
viên nén escitalopram oxalate 5mg, 10mg, 20mg	2
viên nang fluoxetine hydrochloride 10mg, 20mg, 40mg	1
viên nén paroxetine hydrochloride 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2
viên nén sertraline hydrochloride 25mg, 50mg, 100mg	1
viên nén trazodone hydrochloride 50mg, 100mg, 150mg	2
viên nang phóng thích kéo dài trong 24 giờ venlafaxine hydrochloride 37.5mg, 75mg, 150mg	2
viên nang nortriptyline hcl 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2
viên nén aripiprazole 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2
viên nén olanzapine 2,5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 20mg	2
viên nén quetiapine fumarate 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	2

	Bậc
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Co Giật	
viên nén lamotrigine 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	2
viên nén levetiracetam 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2
viên nén roweepra 500mg	2
viên nén subvenite 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	2
viên nén topiramate 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2
viên nén clonazepam 0.5mg, 1mg, 2mg	2
viên nang gabapentin 100mg, 300mg, 400mg	2
viên nén gabapentin 600mg, 800mg	2
viên nang pregabalin 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 300mg	3
viên nén primidone 50mg, 125mg, 250mg	2
Hệ Thần Kinh Trung Ương/Giấc Ngủ	
viên nang temazepam 15mg, 30mg	2
viên nén zolpidem tartrate 5mg, 10mg	2
Tác Nhân Nha Khoa/Nhiễm Trùng	
dung dịch chlorhexidine gluconate 0.12%	1
viên nén doxycycline hyclate 20mg	3
dung dịch periogard 0.12%	1
Da Liễu/Tác Nhân Chống Ung Thư	
kem fluorouracil 5%	4
Da Liễu/Nhiễm Trùng	
dung dịch ciclopirox nail lacquer 8%	2
thuốc mỡ mupirocin 2%	2
Da Liễu/Viêm	
gel metronidazole 0.75%	3
gel metronidazole 1%	4
kem clobetasol propionate 0.05%	2
thuốc mỡ clobetasol propionate 0.05%	2
dung dịch clobetasol propionate 0.05%	4
kem hydrocortisone 1%	2

	Bậc
thuốc mỡ hydrocortisone 1%, 2.5%	2
thuốc mỡ tacrolimus 0.1%, 0.03%	4
kem triamcinolone acetonide 0.025%, 0.1%, 0.5%	2
thuốc mỡ triamcinolone acetonide 0.025%, 0.1%, 0.5%	2
kem triderm 0.5%	2
kem clotrimazole/betamethasone dipropionate 0.05%, 1%	2
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Tuyến Thượng Thận	
viên nén dexamethasone 0.5mg, 0.75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	2
gói trị liệu bằng thuốc gói liều methylprednisolone 4mg	2
viên nén prednisone 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Kích Thích Tố Nam	
thuốc tiêm testosterone cypionate 100mg/ml, 200mg/ml	2
gel bơm testosterone 1%, 1.62%	4
gel testosterone 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Sức Khỏe Xương	
viên nén alendronate sodium 10mg, 35mg, 70mg	6
viên nang calcitriol 0.25mcg, 0.5mg	2
viên nén ibandronate sodium 150mg	6
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Kích Thích Tố Nữ	
kem estradiol 0.1mg/gm	2
viên nén estradiol 10mcg	4
viên nén yuvafem 10mcg	4
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Đường Huyết Cao	
viên nén glimepiride 1mg, 2mg, 4mg	6
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ glipizide 2.5mg, 5mg, 10mg	6
viên nén glipizide 2.5mg, 5mg, 10mg	6
VIÊN NÉN JANUVIA 25MG, 50MG, 100MG	3
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ metformin hydrochloride 500mg, 750mg	6

	Bậc
viên nén metformin hydrochloride 500mg, 850mg, 1000mg	6
THUỐC TIÊM MOUNJARO 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML, 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML	3
THUỐC TIÊM OZEMPIC 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3
viên nén pioglitazone hcl 15mg, 30mg, 45mg	6
THUỐC TIÊM TRULICITY 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3
THUỐC TIÊM HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 ĐƠN VỊ/ML	3
THUỐC TIÊM HUMALOG KWIKPEN 100 ĐƠN VỊ/ML, 200 ĐƠN VỊ/ML	3
THUỐC TIÊM HUMALOG 100 ĐƠN VỊ/ML	3
THUỐC TIÊM HUMULIN R U-500 (CÔ ĐẶC) 500 ĐƠN VỊ/ML	3
thuốc tiêm insulin lispro 100 đơn vị/ml	3
THUỐC TIÊM LANTUS SOLOSTAR 100 ĐƠN VỊ/ML	3
THUỐC TIÊM TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 ĐƠN VỊ/ML	3
THUỐC TIÊM TOUJEO SOLOSTAR 300 ĐƠN VỊ/ML	3
Nội Tiết và Chuyển Hóa/Tuyến Giáp	
viên nén levothyroxine sodium 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1
viên nén levoxyl 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2
viên nén unithroid 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2
viên nén methimazole 5mg, 10mg	2
Tiêu Hóa/Buồn Nôn	
viên nén meclizine hcl 12.5mg, 25mg	4
viên nén ondansetron hydrochloride 4mg, 8mg	2

	Bậc
viên nén tan trong miệng và điều trị theo phác đồ ondansetron 4mg, 8mg	2
Tiêu Hóa/Trào Ngược	
dung dịch constulose 10gm/15ml	2
dung dịch lactulose 10gm/15ml	2
viên nang dicyclomine hydrochloride 10mg	2
dung dịch hoàn nguyên gavilyte-c 240gm, 2.98gm, 6.72gm, 5.84gm, 22.72gm	2
dung dịch hoàn nguyên gavilyte-g 236gm, 2.97gm, 6.74gm, 5.86gm, 22.74gm	2
dung dịch hoàn nguyên peg-3350/electrolytes 236gm, 2.97gm, 6.74gm, 5.86gm, 22.74gm	2
viên nén famotidine 20mg, 40mg	2
viên nén sucralfate 1gm	2
viên nang phóng thích trễ esomeprazole magnesium 20mg, 40mg	2
viên nang phóng thích trễ lansoprazole 15mg,	2
viên nang phóng thích trễ omeprazole 10mg, 20mg, 40mg	2
viên nén tan trong ruột pantoprazole sodium 20mg, 40mg	2
kem hydrocortisone 2.5%	2
kem procto-med hc 2.5%	2
kem proctosol hc 2.5%	2
kem proctozone-hc 2.5%	2
Tiết Niệu/Tăng Sản Lành Tính Tuyến Tiền Liệt	
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ alfuzosin hcl 10mg	2
viên nang dutasteride 0.5mg	2
viên nén finasteride 5mg	2
viên nén tadalafil 2.5mg, 5mg	3
viên nang tamsulosin hydrochloride 0.4mg	2
viên nang terazosin hcl 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2
Tiết Niệu/Bàng Quang Tăng Hoạt	
VIÊN NÉN GEMTESA 75MG	4
VIÊN NÉN PHÓNG THÍCH TRONG 24 GIỜ MYRBETRIQ 25MG, 50MG	3
viên nén phóng thích kéo dài trong 24 giờ oxybutynin chloride 5mg, 10mg, 15mg	2
viên nén oxybutynin chloride 5mg	2
viên nén solifenacin succinate 5mg, 10mg	2

	Bậc
Huyết Học/Thuốc Làm Loãng Máu	
viên nang dabigatran etexilate 75mg, 110mg, 150mg	2
VIÊN NÉN ELIQUIS 2.5MG, 5MG	3
viên nén jantoven 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
viên nén warfarin 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
VIÊN NÉN XARELTO 2.5MG, 10MG, 15MG, 20MG	3
viên nén clopidogrel 75mg	1
Miễn Dịch	
thuốc tiêm dupixent 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5
Miễn Dịch/Ghép Tạng	
viên nén methotrexate sodium 2.5mg	2
Miễn Dịch/Vắc-xin	
THUỐC TIÊM AREXVY 120MCG/0.5ML	1
THUỐC TIÊM BOOSTRIX 2.5LF/0.5ML, 18.5MCG/0.5ML, 5LF/0.5ML	1
Thuốc Thay Thế Khoáng Chất/Dinh Dưỡng	
viên nén phóng thích kiểm soát klor-con 8 8meq, 10meq	2
viên nén phóng thích kiểm soát klor-con m10 10meq, 20meq	2
viên nén phóng thích kiểm soát klor-con	3
viên nang phóng thích kiểm soát, phóng thích kéo dài potassium chloride 8meq, 10meq	2
viên nén phóng thích kiểm soát, phóng thích	3
viên nén phóng thích kiểm soát, phóng thích kéo dài potassium chloride 8meq, 10meq, 15meq, 20meq	2
Nhãn Khoa/Bệnh Về Mắt/Tăng Nhãn Áp	
dung dịch dorzolamide hcl/timolol maleate 22.3mg/ml, 6.8mg/ml	2
thuốc mỡ neomycin/polymyxin/ dexamethasone 0.1%, 3.5mg/gm, 10000 đơn vị/gm	2
hỗn dịch neomycin/polymyxin/dexamethasone 0.1%, 3.5mg/ml, 10000 đơn vị/ml	2
dung dịch polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate 10000 đơn vị/ml, 0.1%	2
NHỮ TƯƠNG NHIỀU LIỀU RESTASIS 0.05%	3

	Bậc
NHỮ TƯƠNG RESTASIS 0.05%	3
thuốc mỡ erythromycin 5mg/gm	2
dung dịch moxifloxacin hydrochloride 0.5%	2
dung dịch ofloxacin 0.3%	2
dung dịch ketorolac tromethamine 0.5%	2
hỗn dịch prednisolone acetate 1%	3
dung dịch timolol maleate 0.25%, 0.5%	1
DUNG DỊCH BRIMONIDINE TARTRATE 0.1%	3
dung dịch brimonidine tartrate 0.2%	2
dung dịch dorzolamide hydrochloride 2%	2
dung dịch latanoprost 0.005%	1
DUNG DỊCH LUMIGAN 0.01%	3
Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Opioid	
viên nén naltrexone hydrochloride 50mg	2
Hô Hấp/Dị Ứng	
dung dịch azelastine hydrochloride 0.1%	2
viên nén hydroxyzine hydrochloride 10mg, 25mg, 50mg	2
viên nén levocetirizine dihydrochloride 5mg	2
Hô Hấp/Hen Suyễn/Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)	
hỗn dịch fluticasone propionate 50mcg/lần	2
viên nén montelukast sodium 10mg	2
dung dịch ipratropium bromide 0.03%, 0.06%	2
DUNG DỊCH XỊT SPIRIVA RESPIMAT 1.25MCG/LẦN, 2.5MCG/LẦN	3

Xem danh sách đầy đủ về các loại thuốc được đài thọ tại **KelseyCareAdvantage.com** hoặc gọi cho nhóm Chăm Sóc Khách Hàng theo số **1-713-442-CARE (2273)**, số điện thoại miễn phí **1-866-535-8343 (TTY: 711)**, Ngày 1/10 – Ngày 31/3, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần; Ngày 1/4 – Ngày 30/9, thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, ngoài giờ làm việc, và các ngày lễ liên bang.

KelseyCare Advantage được cung cấp bởi KS Plan Administrators, LLC, một Medicare Advantage HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào KelseyCare Advantage sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần. © 2025 KelseyCare Advantage. Bảo lưu mọi quyền. H0332_AF26_C

Mẫu Xác Nhận Cuộc Hẹn Phạm Vi Bán Hàng

KelseyCare
Advantage

KelseyCare
Advantage

Vui lòng ký tắt bên dưới bên cạnh loại sản phẩm quý vị muốn nhân viên thảo luận.

☐ Các Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) và Các Chương Trình Chi Phí

Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Medicare Health Maintenance Organization, HMO) — Một Chương Trình Medicare Advantage cung cấp toàn bộ phạm vi bảo hiểm sức khỏe Phần A và Phần B của Medicare Gốc và đôi khi bao gồm cả phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa Phần D. Tại hầu hết các HMO, quý vị chỉ có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ trường hợp khẩn cấp).

☐ Tôi hiểu rằng KelseyCare Advantage **KHÔNG** cung cấp các Chương Trình Medicare sau:

Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare (Prescription Drug Plan, PDP) — Một chương trình thuốc độc lập bổ sung phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa vào Medicare Gốc, một số Chương Trình Chi Phí Medicare (Medicare Cost Plans), một số Chương Trình Dịch Vụ Riêng Tư Medicare (Private-Fee-for-Service Plans) và Chương Trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (Medicare Medical Savings Account Plans).

Chương Trình Tổ Chức Cung Cấp Dịch Vụ Ưu Tiên của Medicare (Medicare Preferred Provider Organization, PPO) — Một Chương Trình Medicare Advantage cung cấp toàn bộ phạm vi bảo hiểm sức khỏe Phần A và Phần B của Medicare Gốc và đôi khi bao gồm cả phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa Phần D. Các PPO có bác sĩ và bệnh viện trong mạng lưới nhưng quý vị cũng có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thường có chi phí cao hơn.

Chương Trình Dịch Vụ Trả Phí Riêng Medicare (Medicare Private Fee-For-Service, PFFS) — Một loại Chương Trình Medicare Advantage trong đó quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp nào được Medicare chấp thuận và chấp nhận thanh toán, các điều khoản và điều kiện của chương trình.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare (Medicare Special Needs Plan, SNP) — Một loại Chương Trình Medicare Advantage có gói phúc lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ bao gồm những người có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong viện dưỡng lão và những người mắc một số bệnh mạn tính.

Chương Trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA) — Các Chương Trình MSA kết hợp một kế hoạch bảo hiểm sức khỏe có mức khấu trừ cao với một tài khoản ngân hàng. Chương trình gửi tiền từ Medicare vào tài khoản. Quý vị có thể sử dụng số tiền này để thanh toán các chi phí y tế của mình cho đến khi đạt đến mức khấu trừ.

Chương Trình Chi Phí Medicare (Medicare Cost Plan) — Trong Medicare Cost Plan, quý vị có thể đến các nhà cung cấp dịch vụ trong và ngoài mạng lưới. Nếu quý vị nhận dịch vụ ngoài mạng lưới của chương trình, các dịch vụ được Medicare chi trả của quý vị sẽ được thanh toán theo Medicare Gốc nhưng quý vị sẽ chịu trách nhiệm về đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của Medicare.

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, quý vị đồng ý gặp nhân viên bán hàng để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký tắt ở trên. Xin lưu ý, người sẽ thảo luận về các sản phẩm này là nhân viên hoặc cộng tác viên của một chương trình Medicare. Họ không làm việc trực tiếp cho chính phủ Liên bang. Cá nhân này cũng có thể được trả tiền dựa trên việc quý vị đăng ký ghi danh vào một chương trình. **Việc ký vào mẫu đơn này KHÔNG bắt buộc quý vị phải đăng ký ghi danh một chương trình, ảnh hưởng đến việc đăng ký hiện tại hoặc tương lai của quý vị hoặc tự động ghi danh cho quý vị vào một chương trình Medicare.**

Chữ Ký Của Người Thụ Hưởng hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền và Ngày Ký:

Chữ Ký:

Ngày Ký:

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và viết in hoa bên dưới:

Tên Của Người Đại Diện:_____Mối Quan Hệ Của Quý Vị với Người Thụ Hưởng: _____

Cần Được Hoàn Thành Bởi Người Đại Diện:

Tên Nhân Viên:	Số Điện Thoại của Nhân Viên
Tên Người Thụ Hưởng:	Số Điện Thoại Của Người Thụ Hưởng:
Địa Chỉ Của Người Thụ Hưởng:	
Phương Thức Liên Hệ Ban Đầu: (Chỉ định ở đây nếu người thụ hưởng là người không hẹn trước.)	
Chữ Ký Của Người Đại Diện:	
(Các) chương trình mà nhân viên trình bày trong cuộc họp này:	
Ngày Hoàn Tất Cuộc Hẹn:	
Lý do ký mẫu đơn tại thời điểm cuộc hẹn (nếu có):	

Phạm vi ghi chép cuộc hẹn phải tuân theo các yêu cầu lưu giữ hồ sơ của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)
KelseyCare Advantage được cung cấp bởi KS Plan Administrators, LLC, một Medicare Advantage HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào KelseyCare Advantage sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Who can use this form?

People with Medicare who want to join a Medicare Advantage Plan.

To join a plan, you must:

- Be a United States citizen or be lawfully present in the U.S.
- Live in the plan’s service area

Important: To join a Medicare Advantage Plan, you must also have both:

- Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Medicare Part B (Medical Insurance)

When do I use this form?

You can join a plan:

- Between October 15–December 7 each year (for coverage starting January 1)
- Within 3 months of first getting Medicare
- In certain situations where you’re allowed to join or switch plans

Visit Medicare.gov to learn more about when you can sign up for a plan.

What do I need to complete this form?

- Your Medicare Number (the number on your red, white, and blue Medicare card)
- Your permanent address and phone number

Note: You must complete all items in Section 1. The items in Section 2 are optional — you can’t be denied coverage because you don’t fill them out.

Reminders:

- If you want to join a plan during fall open enrollment (October 15–December 7), the plan must get your completed form by December 7.
- Your plan will send you a bill for the plan’s premium. You can choose to sign up to have your premium payments deducted from your bank account or your monthly Social Security (or Railroad Retirement Board) benefit.

Individuals experiencing homelessness

- If you want to join a plan but have no permanent residence, a Post Office Box, an address of a shelter or clinic, or the address where you receive mail (e.g., social security checks) may be considered your permanent residence address.

What happens next?

Send your completed and signed form to:
KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584-9832

Once they process your request to join, they’ll contact you.

How do I get help with this form?

Call KelseyCare Advantage at 1-866-535-8343, TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227). TTY users can call 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 asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

KelseyCare Advantage is offered by KS Plan Administrators, LLC, a Medicare Advantage HMO and POS plan with a Medicare contract. Enrollment in KelseyCare Advantage depends on contract renewal.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1378. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANT
Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren’t about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938 -1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See “What happens next?” on this page to send your completed form to the plan.

OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

Section 1 – All fields on this page are required (unless marked optional). Select the plan you want to join:

Plans covering Medical + Prescription Drugs		Available in the following counties ONLY	
Signature (HMO Plan) \$0/month Part D Deductible is \$0 for drugs on tiers 3, 4, and 5*		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island)	
Freedom (HMO-POS Plan) \$0/month, Part D Deductible is \$200 for drugs on tiers 3, 4, and 5*		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton	
Plans covering Medical Only		Available in the following counties ONLY	
Core (HMO Plan) \$0/month		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton	
*Deductible does not apply to drugs on tiers 1, 2, 6 and insulin.			
FIRST Name:		LAST Name: [Optional: Middle Initial]	
Birth Date: (MM/DD/YYYY) (____ / ____ / ____)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Phone Number: ()	
Permanent Residence Street Address (Don't enter a PO Box): (Note: for individuals experiencing homelessness, a PO Box may be considered your permanent residence address):			
City:	[Optional: County]	State:	ZIP Code:
Mailing Address, if different from your permanent address (PO Box allowed):			
Street Address:		City:	State: ZIP Code:
Your Medicare Information			
Please take out your red, white and blue Medicare card to complete this section. Fill out this information as it appears on your Medicare card. -OR- Attach a copy of your Medicare card or your letter from Social Security or the Railroad Retirement Board.		Name (as it appears on your Medicare card): _____ Medicare Number: _____ Is Entitled to: _____ Effective Date: _____ HOSPITAL (Part A) _____ MEDICAL (Part B) _____ You must have Medicare Part A and Part B to join a Medicare Advantage plan.	
Answer these important questions:			
Will you have other prescription drug coverage (like VA, TRICARE) in addition to KelseyCare Advantage? ☐ Yes ☐ No			
Name of other coverage:	Member number for this coverage:	Group number for this coverage:	

IMPORTANT: Read and sign below:

- I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in KelseyCare Advantage.
- By joining this Medicare Advantage Plan, I acknowledge that KelseyCare Advantage will share my information with Medicare, who may use it to track my enrollment, to make payments, and for other purposes allowed by Federal law that authorize the collection of this information (See Privacy Act Statement below). Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in this plan.
- I understand that I can be enrolled in only one MA plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another MA plan (exceptions apply for MA PFFS, MA MSA plans).
- I understand that when my KelseyCare Advantage coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from KelseyCare Advantage. Benefits and services provided by KelseyCare Advantage and contained in my KelseyCare Advantage “Evidence of Coverage” document (also known as a member contract or subscriber agreement) will be covered. Neither Medicare nor KelseyCare Advantage will pay for benefits or services that are not covered.
- By providing my telephone number and/or email address to KelseyCare Advantage, I agree to receive automated calls, prerecorded messages, e-mails, and/or voice/text messages related to my application or account from KelseyCare Advantage and its affiliates. I understand that message and data rates may apply. Terms and privacy information are available at www.kelseycareadvantage.com. If you would like to opt-out, contact Member Services at 866-535-8343 and ask to be added to our do not call list. TTY users can call 711.
- The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan.
- I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
1) This person is authorized under State law to complete this enrollment, and
2) Documentation of this authority is available upon request by Medicare.

Signature:		Today's Date:	
If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:			
Name:		Address:	
Phone number:		Relationship to enrollee:	
For individuals helping enrollee with completing this form only:			
Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members or other third parties) helping an enrollee fill out this form. Note: Agents/Brokers, completion of this entire box is required .			
Name (This should not be the enrollee's name): _____			
Relationship to enrollee: _____			
Signature: _____		Date: _____	
Agent/Broker National Producer Number (NPN) ID: _____			
Plan ID #: _____		Proposed Effective Date of Coverage: _____	
Select the appropriate election period. (for SEP, write in the desired SEP, e.g., SEPR for 5-Star)			
ICEP/IEP: _____		AEP: _____ SEP (type): _____ MA OEP: _____ Not Eligible: _____	

Form continued on next page

Section 2 – All fields in this section are optional	
Answering these questions is your choice. You can’t be denied coverage because you don’t fill them out.	
Select one if you want us to send you information in a language other than English. ☐ Spanish	
Select one if you want us to send you information in an accessible format. ☐ Braille ☐ Large Print ☐ Audio CD ☐ Data CD Please contact KelseyCare Advantage at 713-442-CARE (2273) if you need information in an accessible format or language other than what is listed above. Our office hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. TTY users can call 711.	
Do you work? ☐ Yes ☐ No	Does your spouse work? ☐ Yes ☐ No
List your Primary Care Physician (PCP), clinic, or health center:	
If you are switching from another plan, what is the name of the plan or Medicare plan you are switching from?	
I want to get the following materials via email. _____ Yes , I would like to receive many of my plan documents delivered electronically. We will send you an email when new communications (ie.; Quarterly Newsletters, Annual Notice of Change) are available online. You can access these communications through any device such as a computer, tablet or mobile phone. Email Address: _____	

Paying your plan premiums:

You can pay your monthly plan premium (including any late enrollment penalties that you currently have or may owe) by mail, Electronic Funds Transfer (EFT), credit card each month. **You can also choose to pay your premium by having it automatically taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit each month.**

If you have to pay a Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA), you must pay this extra amount in addition to your plan premium. DON’T pay KelseyCare Advantage the Part D-IRMAA.

Please select a premium payment option:	
	Get a bill
	Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. Please enclose a VOIDED check or provide the following: Account Name: _____ Account Type: ☐ Checking ☐ Savings Bank routing number: _____ Bank account number: _____
	Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check. I get monthly benefits from: ☐ Social Security ☐ RRB (The Social Security/RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. In most cases, if Social Security or RRB accepts your request for automatic deduction, the first deduction from your Social Security or RRB benefit check will include all premiums due from your enrollment effective date up to the point withholding begins. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a paper bill for your monthly premiums.)

PRIVACY ACT STATEMENT

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

Attestation of Eligibility for an Enrollment Period

Typically, you may enroll in a Medicare Advantage plan only during the annual enrollment period from October 15 through December 7 of each year. There are exceptions that may allow you to enroll in a Medicare Advantage plan outside of this period.

Please read the following statements carefully and check the box if the statement applies to you. By checking any of the following boxes you are certifying that, to the best of your knowledge, you are eligible for an Enrollment Period. If we later determine that this information is incorrect, you may be disenrolled.

- ☐ I am new to Medicare.
- ☐ I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- ☐ I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and have new options available to me. I moved on (insert date) _____.
- ☐ I recently was released from incarceration. I was released on (insert date) _____.
- ☐ I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on (insert date) _____.
- ☐ I recently obtained lawful presence status in the United States. I got this status on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Medicaid (newly got Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance, or lost Medicaid) on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help, or lost Extra Help) on (insert date) _____.
- ☐ I have Medicare and get full Medicaid benefits. I want to join or switch to a plan that coordinates coverage between my Medicare and Medicaid managed care plans (called an integrated Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)).
- ☐ I am moving into, live in, or recently moved out of a Long-Term Care Facility (for example, a nursing home or long term care facility). I moved/will move into/out of the facility on (insert date) _____.
- ☐ I recently left a PACE program on (insert date) _____.
- ☐ I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare’s). I lost my drug coverage on (insert date) _____.
- ☐ I am leaving employer or union coverage on (insert date) _____.
- ☐ I’m in a qualified State Pharmaceutical Assistance Program, or I’m losing help from a State Pharmaceutical Assistance Program.
- ☐ My plan is ending its contract with Medicare, or Medicare is ending its contract with my plan.
- ☐ I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on (insert date) _____.
- ☐ I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP) but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on (insert date) _____.
- ☐ I was affected by an emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or by a Federal, state or local government entity. One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment request because of the disaster.
- ☐ I signed up for Part A (Hospital Insurance) or Part B (Medical Insurance) during a Special Enrollment Period I qualified for because of an exceptional circumstance. I want to join a Medicare Advantage Plan (with or without drug coverage).
- ☐ I signed up for Part A (Hospital Insurance) or Part B (Medical Insurance) during a Special Enrollment Period I qualified for because of an exceptional circumstance. I want to join a Medicare drug plan (Part D).

If none of these statements applies to you or you’re not sure, please contact KelseyCare Advantage at 713-442-CARE (2273) or toll free at 1-866-535-8343 (TTY users can call 711) to see if you are eligible to enroll. We are open 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Notice of Availability of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

Urdu: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

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

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

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

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

German: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen 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: ເຄື່ອນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Tìm Nhà Cung Cấp

Quý vị có nhiều lựa chọn về dịch vụ chăm sóc với tư cách thành viên



Kelsey-Seybold Clinic

Thành viên KelseyCare Advantage có quyền tiếp cận hơn 1,000 bác sĩ và nhà cung cấp ở hơn 65 chuyên khoa tại hơn 40 cơ sở trên khắp Greater Houston của Kelsey-Seybold Clinic. Thành viên sẽ được tận hưởng sự tiện lợi khi nhận được mọi phúc lợi chăm sóc và dịch vụ cần thiết tại một nơi, bao gồm chăm sóc ban đầu, chăm sóc chuyên khoa, chẩn đoán hình ảnh và phòng xét nghiệm. Nhiều cơ sở thậm chí còn có nhà thuốc ngay trong khuôn viên.



Quét Để Truy Cập Danh Bạ Nhà Cung Cấp Hoàn Chính Của Chúng Tôi



Tiếp Cận Các Bệnh Viện Hàng Đầu ở Houston

Kelsey-Seybold liên kết hợp tác với nhiều bệnh viện đẳng cấp thế giới. Bao gồm các cơ sở như CHI St Luke's, Memorial Hermann, hệ thống bệnh viện HCA Healthcare, Woman's Hospital of Texas và Texas Orthopedic Hospital.

Tất cả thành viên của chương trình đều có quyền tiếp cận mạng lưới chăm sóc ban đầu mở rộng mà không cần giấy giới thiệu. Các thành viên thuộc chương trình Signature và Core cần có giấy giới thiệu khi muốn gặp bác sĩ chuyên khoa liên kết. Các thành viên thuộc chương trình Freedom thường cần có giấy giới thiệu để nhận bảo hiểm trong mạng lưới, tuy nhiên không cần có giấy giới thiệu nếu sử dụng phúc lợi tại Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (Place of Service, POS) để gặp nhà cung cấp liên kết.

Tên Đại Lý: _____

Số Điện Thoại Đại Lý: _____

*Các phúc lợi khác nhau theo từng chương trình. Vui lòng gọi để biết thêm thông tin: thành viên tiềm năng, gọi 713-442-5646 (Chế Độ Điện Thoại Bằng Văn Bản (Teletypewriter, TTY): 711), 8 giờ sáng – 8 giờ tối theo giờ chuẩn miền trung (Central Time, CT), bảy ngày một tuần, ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3; hoặc 8 giờ sáng – 8 giờ tối CT, từ thứ Hai đến thứ Sáu, ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9. Người thụ hưởng của Medicare cũng có thể ghi danh vào KelseyCare Advantage trực tuyến tại KelseyCareAdvantage.com/enroll hoặc qua Trung Tâm Ghi Danh Trực Tuyến vào Medicare (Medicare Online Enrollment Center) của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) tại [medicare.gov](https://www.medicare.gov). Có thể áp dụng các giới hạn, đồng thanh toán và hạn chế. **Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B. *Khoản khấu trừ \$200 cho chương trình Freedom chỉ áp dụng cho các loại thuốc thuộc Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5. Phúc lợi, phí bảo hiểm và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hàng năm. Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần. Thông tin này không phải là mô tả đầy đủ về các phúc lợi. Vui lòng tham khảo Tóm Tắt Phúc Lợi để biết thêm thông tin. Hàng năm, Medicare đều đánh giá các chương trình dựa trên hệ thống đánh giá 5 Sao. *One Pass là chương trình tự nguyện. Chương trình One Pass khác nhau tùy theo chương trình/khu vực. Các thiết bị, lớp học, kế hoạch thể dục cá nhân và sự kiện có thể khác nhau tùy theo cơ sở. One Pass không chịu trách nhiệm đối với các dịch vụ hoặc thông tin do các bên thứ ba cung cấp. *Các dịch vụ của MD Anderson có mức đồng bảo hiểm là 40%. ²Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End Stage Renal Disease, ESRD), Ung Thư, Suy Tim Sung Huyết (Congestive Heart Failure, CHF) và các chứng rối loạn huyết học nghiêm trọng. KelseyCare Advantage, một sản phẩm của KS Plan Administrators, LLC, là một chương trình thuộc Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Health Maintenance Organization, HMO) và POS Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào KelseyCare Advantage sẽ phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. ©2025 KelseyCare Advantage. Bảo lưu toàn quyền. H0332_010409_BrokerB_2026V2_M