

2027

KelseyCare
Advantage
★★★★

GUÍA DE INSCRIPCIÓN EN MEDICARE

SIGNATURE • FREEDOM • CORE





Tabla de contenido

Te damos la bienvenida _____	3
¿Qué es lo que nos hace diferentes? _____	4
Conoce Medicare _____	5
Medicare Original en comparación con Nuestros Planes _____	6
Prepárate para Medicare. _____	7
Planes que se hacen cargo de tu atención médica. _____	8
Resumen de beneficios _____	10
Formulario (lista de medicamentos) abreviado _____	28
Formulario sobre los temas que se tratarán durante la cita de ventas _____	36
Busca a tu Proveedor Médico _____	40



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 tendrás cobertura de la vista y la audición, sino también atención dental integral. Además, nuestros planes incluyen un beneficio de acondicionamiento físico, que ahora se ha ampliado para incluir acceso a las instalaciones de la YMCA. También obtendrás **transporte ilimitado*** de ida y vuelta para citas médicas

Lo más importante es que los afiliados (miembros) tienen acceso a una amplia red de proveedores y especialistas de alta 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. Tendrás acceso a más de 1,100 proveedores médicos en más de 65 especialidades, unidos mediante un enfoque de atención coordinada que te ayudará a gestionar tu atención médica con más facilidad. Y como Kelsey-Seybold cuenta con más de 45 centros de atención en toda el área metropolitana de Houston, la atención de calidad está siempre a tu alcance



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 en la que puedes confiar

Nuestro historial de altas calificaciones de Medicare refleja el compromiso continuo de KelseyCare Advantage de ofrecer atención coordinada, un servicio de excelencia y el apoyo con el que nuestros miembros pueden contar.

Conoce Medicare

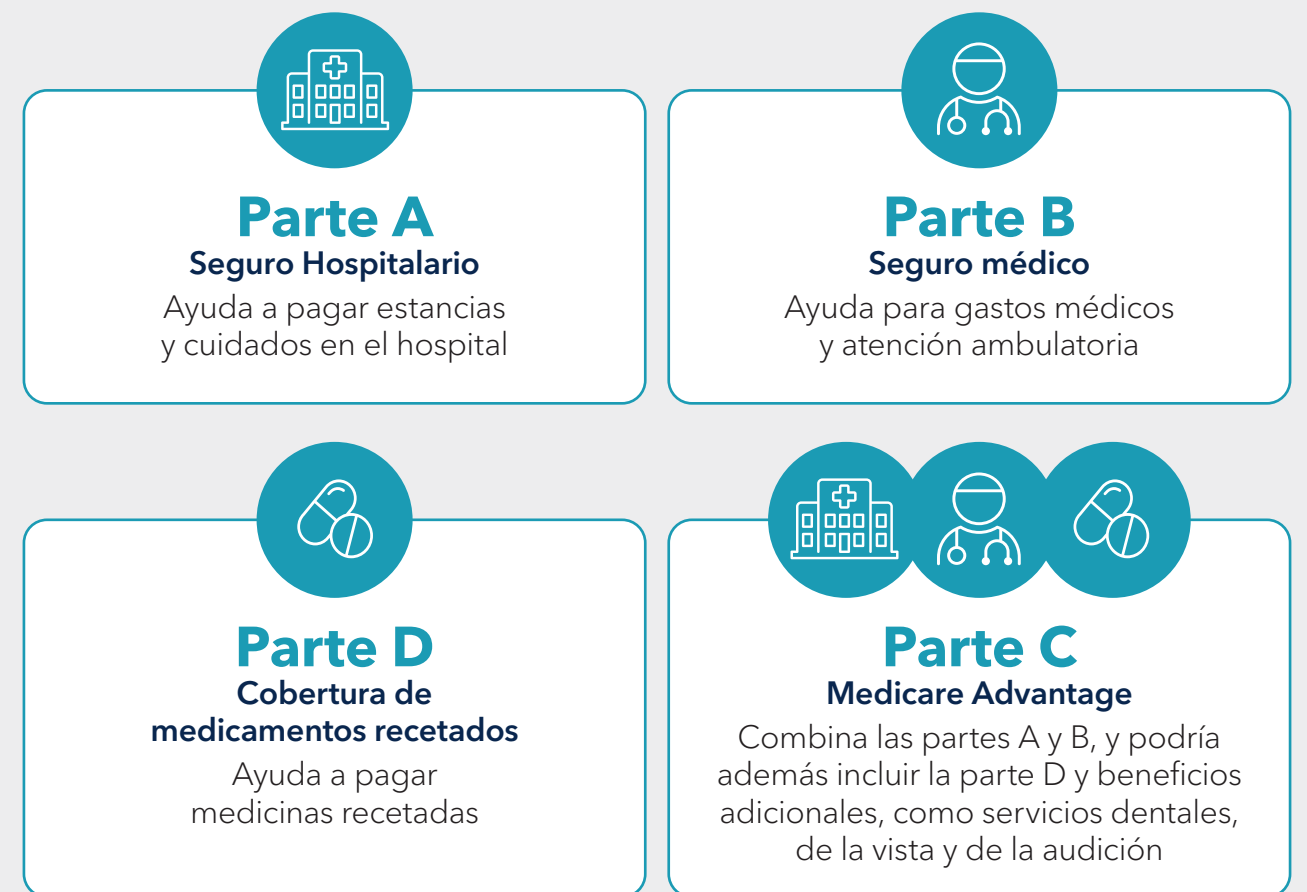
KelseyCare
Advantage
★★★★★

Tú calificas para inscribirte en Medicare si:

- Tienes 65 años o más y has sido residente de los Estados Unidos por lo menos cinco años
- Eres menor de 65 años con ciertas discapacidades
- A cualquier edad padeces enfermedad renal en etapa terminal o esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig's)

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.



Medicare Original en comparación con Nuestros Planes

Comprueba las ventajas de KelseyCare Advantage

Medicare Original no limita la cantidad que podrías pagar de tu bolsillo cada año. KelseyCare Advantage incluye cobertura de medicamentos recetados y beneficios adicionales sin ningún costo adicional. Además, nuestros planes le ponen un límite a la cantidad que gastas de tu bolsillo cada año en los servicios cubiertos, lo que te ayuda a planificar los gastos médicos.

Cobertura y Beneficios	Medicare Original	KelseyCare Advantage
Parte A: Seguro hospitalario	✓	✓
Parte B: Seguro médico	✓	✓
Parte D: Medicinas recetadas		✓
Límites al gasto máximo de tu bolsillo		✓
Dental completo		✓
Vista		✓
Audición		✓
Beneficio para el acondicionamiento físico		✓
Transporte ilimitado		✓
Subsidio para medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)		✓
\$0 Deducible de medicamentos [†]		✓
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 2027 se ajusta mejor a tus necesidades particulares. Para obtener más información, consulta el Resumen de Beneficios.

Elige el plan que más te convenga		Signature	Freedom	Core
	Prima mensual**	\$0	\$0	\$0
	Cobertura de la Parte D	Sí	Sí	No
	Cobertura fuera de la red	No	Sí (Sin necesidad de remisiones)	No
	Copago por visita al médico de atención primaria	\$0 dentro de la red	\$0 dentro de la red \$10 fuera de la red	\$0 dentro de la red
	Copago por visita al especialista	\$20 dentro de la red	\$35 dentro de la red \$60 fuera de la red ¹	\$20 dentro de la red
	Copago por atención urgente	\$25	\$40	\$25
	Dental (\$ Cantidad por atención preventiva y completa)	0% coaseguro \$2,500	0% coaseguro \$2,000	0% coaseguro \$1,500 (\$25 deducible)
	Vista	\$0 por examen de los ojos \$125 para anteojos (gafas) anualmente	\$0 por examen de los ojos \$125 para anteojos (gafas) anualmente	\$0 por examen de los ojos \$125 para anteojos (gafas) anualmente
	Beneficios para el acondicionamiento físico	Incluido	Incluido	Incluido
	Transporte	Ilimitado	10 viajes de un solo sentido para todos los miembros, Ilimitado para afecciones crónicas elegibles ²	Ilimitado



2027

RESUMEN DE BENEFICIOS

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

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

KelseyCareAdvantage.com

Acerca de este documento

Este Resumen de beneficios brinda una visión general de los servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos. No incluye todos los servicios cubiertos ni enumera todas las limitaciones y exclusiones. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una descripción completa de los beneficios, en especial de los servicios que utiliza con regularidad. Visite www.kelseycareadvantage.com o llame al **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver una copia de la EOC.

¡Estamos aquí para ayudar!

Nuestro sitio web: www.kelseycareadvantage.com

Nuestros números de teléfono:

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

El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

¿Quién puede inscribirse?

Puede inscribirse en 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 "Medicare & You" (Medicare y Usted) vigente. Consúltelo en línea, en <https://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) cuando:

- son médicamente necesarios;
- se consideran razonables y necesarios según las normas de Original Medicare; y
- usted los recibe de los proveedores del plan que figuran en nuestros Directorios de proveedores y farmacias.

Acceso a la atención

Los planes **KelseyCare Advantage Signature y Core*** utilizan una red de doctores, hospitales y otros proveedores. El plan podría no cubrir ni pagar los servicios recibidos de proveedores fuera de la red.

El plan **KelseyCare Advantage Freedom*** utiliza una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Usted puede recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red en determinados casos, pero es posible que pague un costo mayor si utiliza proveedores fuera de la red. Los servicios recibidos de proveedores fuera de la red podrían no estar cubiertos en todas las situaciones.

* Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de KelseyCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con Servicios para los miembros o consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener detalles adicionales, incluidos los costos compartidos aplicables para servicios fuera de la red.

Cobertura para medicamentos con receta

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

Puede ver el formulario completo (lista de medicamentos con receta cubiertos de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, en **www.kelseycareadvantage.com**, o puede llamar a Servicios para los miembros para solicitar una copia. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.

LA COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA DE LA PARTE D NO ESTÁ INCLUIDA
EN EL PLAN KELSEYCARE ADVANTAGE CORE (HMO)

Lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar en 2027

 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	\$4,150	\$6,850 (dentro de la red)
	\$10,000 (fuera de la red) Cuando alcance el límite de 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 ¹	\$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 5-90 (si corresponde)	\$395 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 ¹	Copago de \$300	Copago de \$350	Copago de \$375 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹	Copago de \$200	Copago de \$225	Copago de \$325 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)

 Consultas con el doctor

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red) Copago de \$10 (fuera de la red)
Especialista ²	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
Atención preventiva	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.		
Atención de emergencia (dentro de los Estados Unidos)	Copago de \$125	Copago de \$150	Copago de \$130
	No se aplica el copago si, en un plazo de 3 días, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos.		
Atención de urgencia	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$40

Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Servicios de radiología de diagnóstico (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) ¹	Copago de \$25 a \$200, según el servicio	Copago de \$25 a \$250, según el servicio	Copago de \$25 a \$250, según el servicio (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Servicios de laboratorio¹	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Pruebas y procedimientos de diagnóstico¹	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)
Radiografías para pacientes externos¹	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Servicios de radiología terapéutica¹	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
Examen auditivo de diagnóstico¹	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$35 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Examen auditivo de rutina (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)
Audífonos	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
Atención odontológica de rutina	Máximo anual de \$1,500 para servicios cubiertos	Máximo anual de \$2,500 para servicios cubiertos	Máximo anual de \$2,000 para servicios cubiertos
Servicios preventivos e integrales²	Deducible de \$25		
	Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías	Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías	Coseguro del 0% para servicios preventivos cubiertos, como limpiezas, empastes y radiografías
	Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes y extracciones*	Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras y coronas*	Coseguro del 0% para servicios integrales cubiertos, como empastes, extracciones, dentaduras y coronas*
		* Las coronas están cubiertas únicamente cuando se utilizan como parte de un puente cubierto.	* Las coronas están cubiertas únicamente cuando se utilizan como parte de un puente cubierto.
* Consulte la EOC para obtener más detalles sobre las limitaciones y exclusiones.			



Atención de la vista

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



Servicios de salud mental

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Hospitalización psiquiátrica¹	\$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)
Terapia para pacientes externos (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
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)¹ Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$221 por día para los días 21-100	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$221 por día para los días 21-100	Copago de \$0 por día para los días 1-20; \$221 por día para los días 21-100 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Fisioterapia¹	Copago de \$15	Copago de \$20	Copago de \$20 (dentro de la red)

			Coseguro del 40% (fuera de la red)
Terapia del habla¹	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)
Terapia ocupacional¹	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$35 (dentro de la red) Coseguro del 40% (fuera de la red)



Ambulancia

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Ambulancia¹ (terrestre o aérea, solo de ida)	Copago de \$275	Copago de \$300	Copago de \$350 (dentro de la red) Copago de \$400 (fuera de la red)



Transporte

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Transporte de rutina (a ubicaciones aprobadas por el plan)	Ilimitado	Ilimitado	10 viajes de ida
Ayuda para enfermedades crónicas (servicios de transporte)	No corresponde	No corresponde	Copago de \$0 para transporte ilimitado a ubicaciones aprobadas por el plan. Los beneficios forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Están disponibles para miembros a quienes les hayan diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF), EPOC, diabetes u otras enfermedades crónicas definidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), según lo determine el plan. Los miembros deben cumplir los criterios de beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) de los CMS y la elegibilidad definida por el plan basada en el estado de salud y los

Beneficios cubiertos adicionales



Atención de acupuntura y quiropráctica

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



Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Core	Signature	Freedom
Exámenes y tratamiento para los pies¹	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 diabetes¹	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 control¹	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 terapéuticos¹	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)¹	Coseguro del 15% en farmacias minoristas Coseguro del 20% con el proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Coseguro del 15% en farmacias minoristas Coseguro del 20% con el proveedor de DME	Coseguro del 15% en farmacias minoristas (dentro de la red) Coseguro del 20% con el proveedor de 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 domicilio¹	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)¹, 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 OTC autorizados. Puede elegir entre una variedad de artículos OTC 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 ¹	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 \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)	Copago de \$0 (PCP) Copago de \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)	Copago de \$0 (PCP) Copago de \$15 (especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores)
Consultas especializadas de Kelsey	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

¹ Estos servicios pueden requerir autorización previa.

² Estos servicios pueden requerir una remisión de su doctor.

Referencias útiles	
Servicios para los miembros	713-442-CARE (2273) o 866-535-8343
Centro para pacientes de Kelsey-Seybold	713-442-0000 (programación de citas)
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 www.Optumrx.com
Atención de la vista (Spectera/UHC Vision)	877-574-7081 o https://kca.yourvisionplan.com
Artículos de venta libre (OTC)	800-688-2719 o www.KCAOTC.com
Ejercicio físico	877-504-6830 o www.youronepass.com
Línea de enfermería disponible las 24 horas	713-442-0000
Línea de ayuda de MyKelseyOnline (MKO)	713-442-6565

INFORMACIÓN OBLIGATORIA

KelseyCare Advantage, producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y punto de servicio (Point-of-Service, POS) de Medicare Advantage con un contrato con 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 al **713-442-CARE (2273)** o al número gratuito **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y hablar con un representante de servicio al cliente. 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

- ❑ Consulte 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 o llame al **1-866-535-8343** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
- ❑ Consulte 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, consulte 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, consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprender reglas importantes

- ❑ Además de su prima mensual del 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 2028.
- ❑ 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 emergencia o situación urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

Notice of Availability of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H0332_2027LAS_C

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



Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo
8:00 a.m. a 8:00 p.m.
7 días a la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre
8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Lunes a Viernes KelseyCare

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. ©2026 KelseyCare Advantage. Todos los derechos reservados.

CON KELSEY CARE ADVANTAGE, ESTÁ CUBIERTO

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

KelseyCare Advantage

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
Tratamiento para la Dependencia del Alcohol	
<i>naltrexone hydrochloride tabs 50mg</i>	2
Analgésicos/Gota	
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1
<i>colchicine tabs 0.6mg</i>	3
Analgésicos/Dolor	
<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>ibu 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 tbcr 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg</i>	3
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2

	Nivel
<i>endocet tabs 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg, 325mg; 10mg</i>	3
<i>endocet tabs 325mg; 5mg</i>	2
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 10mg</i>	2
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2
<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>	1
<i>lidocaine oint 5%</i>	3
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4

	Nivel
Antibióticos/Infección	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2
<i>clindamycin hydrochloride caps 75mg, 150mg</i>	2
<i>methenamine hippurate tabs 1gm</i>	4
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1
<i>nitrofurantoin monohydrate/ macrocrystals caps 100mg</i>	2
<i>nitrofurantoin monohydrate caps 100mg</i>	2
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	2
<i>cefdinir caps 300mg</i>	2
<i>cefepodoxime 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>	1
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	1
<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>	1
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750mg</i>	1
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg</i>	1
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs 400mg; 80mg</i>	1
<i>doxycycline hyclate caps 50mg, 100mg</i>	2
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg</i>	2
<i>doxycycline monohydrate tabs 50mg, 100mg</i>	2
<i>doxycycline monohydrate tabs 75mg, 150mg</i>	3
Antifúngico/Infección	
<i>fluconazole tabs 50mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	2

	Nivel
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2
<i>klayesta powd 100000unit/gm</i>	2
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	2
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	2
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	2
Agentes antineoplásicos/Cáncer	
<i>abiraterone acetate tabs 250mg</i>	4
<i>abiraterone acetate tabs 500mg</i>	5
<i>abirtega tabs 250mg</i>	4
<i>hydroxyurea caps 500mg</i>	2
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	1
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	2
Antiparasitarios/Infección	
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 100mg, 200mg</i>	2
Antivírico/Infección	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 500mg, 1gm</i>	3
Cardiovascular/Cardíaco/Presión arterial/Fluido	
<i>clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1
<i>midodrine hydrochloride tabs 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2
<i>irbesartan tabs 75mg, 150mg, 300mg</i>	6
<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 200mg</i>	1

	Nivel
amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg	3
digoxin tabs 125mcg, 250mcg	2
flecainide acetate tabs 50mg, 100mg, 150mg	2
PACERONE TABS 200MG	2
PACERONE TABS 100MG	3
atenolol tabs 25mg, 50mg, 100mg	1
bisoprolol fumarate tabs 2.5mg, 5mg, 10mg	2
carvedilol tabs 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1
metoprolol succinate er tb24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1
metoprolol tartrate tabs 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1
propranolol hcl tabs 40mg	2
propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg	2
amlodipine besylate tabs 2.5mg, 5mg, 10mg	1
nifedipine er tb24 30mg, 60mg, 90mg	2
cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2
diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2
lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	6
losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 50mg, 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg	6
ranolazine er tb12 500mg, 1000mg	3
sacubitril/valsartan tabs 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg	3
triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg	1
triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg	1
bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	2
furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg	1

	Nivel
torsemide tabs 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1
chlorthalidone tabs 25mg, 50mg	2
hydrochlorothiazide caps 12.5mg	1
hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg	1
spironolactone tabs 25mg, 50mg, 100mg	1
dapagliflozin tabs 5mg, 10mg	3
FARXIGA TABS 5MG, 10MG	3
JARDIANCE TABS 10MG, 25MG	3
isosorbide mononitrate er tb24 30mg, 60mg, 120mg	1
nitroglycerin tabs subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	2
hydralazine hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1
minoxidil tabs 2.5mg, 10mg	2
Cardiovascular/Colesterol elevado	
fenofibrate tabs 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2
atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg	6
pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
rosuvastatin calcium tabs 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	6
simvastatin tabs 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6
ezetimibe tabs 10mg	2
icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm	4
REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML	3
Sistema nervioso central/Ansiedad	
buspirone hcl tabs 15mg	1
buspirone hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg, 10mg, 30mg	1
alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg	2
diazepam tabs 2mg, 5mg, 10mg	2
lorazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	2

	Nivel
Sistema nervioso central/Demencia	
donepezil hcl tabs 10mg	1
donepezil hcl tabs 23mg	4
donepezil hydrochloride tabs 5mg, 10mg	1
memantine hcl titration pak tabs	2
memantine hydrochloride tabs 5mg, 10mg	2
Sistema nervioso central/Dolor muscular	
baclofen tabs 10mg, 20mg	2
baclofen tabs 5mg	3
tizanidine hcl tabs 2mg	2
tizanidine hydrochloride tabs 4mg	2
cyclobenzaprine hydrochloride tabs 5mg, 10mg	3
methocarbamol tabs 500mg, 750mg	2
Sistema nervioso central/Enfermedad de Parkinson	
carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg	2
Sistema nervioso central/Psicosis/Depresión	
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg	2
bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg	2
mirtazapine tabs 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg	2
citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg	1
duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 30mg, 60mg, 80mg, 90mg, 120mg	2
escitalopram oxalate tabs 5mg, 10mg, 20mg	1
fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg	1
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	2
paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg	2
sertraline hcl tabs 50mg	1

	Nivel
sertraline hydrochloride tabs 25mg, 100mg	1
trazodone hydrochloride tabs 50mg, 100mg, 150mg	1
venlafaxine hydrochloride er cp24 37.5mg, 75mg, 150mg	2
nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg	2
nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg	2
aripiprazole tabs 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	2
olanzapine tabs 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 20mg	2
quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	2
Sistema nervioso central/Convulsiones	
lamotrigine tabs 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1
levetiracetam tabs 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2
roweepra tabs 500mg	2
subvenite tabs 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1
topiramate tabs 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1
clonazepam tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	1
gabapentin caps 400mg	1
gabapentin caps 100mg, 300mg	1
gabapentin tabs 800mg	2
gabapentin tabs 600mg	2
pregabalin caps 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 300mg	2
primidone tabs 50mg, 125mg, 250mg	2
Sistema nervioso central/Dormir	
temazepam caps 15mg, 30mg	3
zolpidem tartrate tabs 5mg, 10mg	2
Agentes dentales/Infección	
chlorhexidine gluconate soln 0.12%	1
doxycycline hyclate tabs 20mg	3
periogard soln 0.12%	1

	Nivel
Dermatológico/Agentes antineoplásicos	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	2
<i>fluorouracil crea 5%</i>	2
Dermatológico/Infección	
<i>ciclodan soln 8%</i>	2
<i>ciclopirox nail lacquer soln 8%</i>	2
<i>mupirocin oint 2%</i>	2
Dermatológico/Inflamación	
<i>ala-cort crea 1%</i>	2
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	2
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	3
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	2
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	2
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%</i>	1
<i>triamcinolone acetonide oint 0.5%</i>	2
<i>triderm crea 0.5%</i>	2
Suministros para la diabetes	
<i>insulin syringes, needles misc</i>	1
Endocrino y metabólico/Suprarrenal	
<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>	1
Endocrino y Metabólico/Andrógeno	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3
<i>testosterone pump gel 1%</i>	4
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3

	Nivel
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	2
Endocrino y metabólico/Salud ósea	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg</i>	6
<i>alendronate sodium tabs 70mg</i>	6
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2
<i>ibandronate sodium tabs 150mg</i>	6
Endocrino y metabólico/Estrógeno	
<i>estradiol tabs 10mcg</i>	4
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	4
Endocrino y metabólico/Azúcar elevada	
<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
JANUVIA TABS 25MG, 50MG, 100MG	3
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 1000mg</i>	2
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	6
<i>metformin hydrochloride tabs 500mg, 850mg, 1000mg</i>	6
MOUNJARO INJ 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML, 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML	3
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	6
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	6
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3
HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3
HUMULIN N INJ 100UNIT/ML	3
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	3
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	3

	Nivel
LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLIN N RELION INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLIN N INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLIN R RELION INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLIN R INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLOG FLEXPEN RELION INJ 100UNIT/ML	3
NOVOLOG FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3
TOUJEO SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3
Endocrino y metabólico/Tiroides	
<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</i>	2
<i>synthroid tabs 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	3
<i>unithroid tabs 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2
<i>methimazole tabs 5mg, 10mg</i>	2
Gastrointestinal/Estreñimiento	
<i>constulose soln 10gm/15ml</i>	2
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2
Gastrointestinal/Náuseas	
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	4
<i>meclizine hydrochloride tabs 25mg</i>	4
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	1
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2
Gastrointestinal/Inflamación rectal	
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	2
<i>procto-med hc crea 2.5%</i>	2

	Nivel
Gastrointestinal/Reflujo	
<i>gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	2
<i>gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2
<i>peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	3
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1
<i>sucralfate tabs 1gm</i>	2
<i>esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg</i>	2
<i>lansoprazole cpdr 15mg, 30mg</i>	2
<i>omeprazole cpdr 10mg, 20mg, 40mg</i>	1
<i>pantoprazole sodium tbdr 20mg, 40mg</i>	1
Gastrointestinal/Espasmos estomacales e intestinales	
<i>dicyclomine hydrochloride caps 10mg</i>	2
Genitourinario/Hiperplasia Prostática benigna	
<i>alfuzosin hcl er tb24 10mg</i>	2
<i>dutasteride caps 0.5mg</i>	2
<i>finasteride tabs 5mg</i>	1
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3
<i>tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg</i>	1
<i>terazosin hcl caps 1mg, 5mg, 10mg</i>	1
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1
Genitourinario/Vejiga hiperactiva	
GEMTESA TABS 75MG	4
MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG	3
<i>oxybutynin chloride er tb24 5mg, 10mg, 15mg</i>	2
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2
<i>solifenacin succinate tabs 5mg, 10mg</i>	2
<i>trospium chloride tabs 20mg</i>	3

	Nivel
Hematológico/Anticoagulantes	
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
rivaroxaban tabs 2.5mg	4
warfarin sodium tabs 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 20MG	3
clopidogrel tabs 75mg	1
clopidogrel tabs 300mg	2
Inmunológico	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5
Inmunológico/Transplante	
methotrexate sodium tabs 2.5mg	2
Inmunológico/Vacuna	
ABRYSVO INJ 120MCG/0.5ML	1
ADACEL INJ 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1
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
Tratamiento para la Migraña	
sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg, 100mg	2
Reemplazo Mineral/Nutriente	
klor-con 10 tbc 10meq	2
klor-con 8 tbc 8meq	2
klor-con m10 tbc 10meq	2
klor-con m15 tbc 15meq	2
klor-con m20 tbc 20meq	2
potassium chloride er cpcr 8meq, 10meq	2
potassium chloride er tbc 8meq, 10meq, 15meq, 20meq	2

	Nivel
Oftálmico/Condiciones oculares/Glaucoma	
cyclosporine emul 0.05%	3
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 20mg/ml; 5mg/ml	2
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf soln 2%; 0.5%	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%	1
RESTASIS MULTIDOSE EMUL 0.05%	3
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
ketorolac tromethamine soln 0.4%	3
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
Respiratorio/Alergia	
azelastine hydrochloride soln 0.1%	2
hydroxyzine hcl tabs 50mg	3
hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg	3
levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg	2
Respiratorio/Astma/Enfermedad pulmonar (COPD)	
fluticasone propionate susp 50mcg/act	1
montelukast sodium tabs 10mg	1
ipratropium bromide soln 0.03%, 0.06%	2

	Nivel
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT, 2.5MCG/ACT	3
albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act	2
ANORO ELLIPTA AEPB 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3
breyna aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 18MCG/ACT	3
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3
budesonide/formoterol fumarate dihydrate aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4

	Nivel
fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	2
fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/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, 500mcg/act; 50mcg/act	2

Consulte la lista completa de medicamentos cubiertos en **KelseyCareAdvantage.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_AF27_C_SP

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



☐ Planes Medicare Advantage (Parte C) y Plan de Costo

Organizacion para el Mantenimiento de la Salud (HMO) — 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).

☐ Entiendo que KelseyCare Advantage NO ofrece los siguientes Planes de Medicare:

Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP) — 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.

Plan de Organización de Proveedor Preferido de Medicare (PPO) — 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.

Plan de Pago por Servicio Privado de Medicare (PFFS) — 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.

Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP) — 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.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA) — 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.

Plan de Costo de Medicare — 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:

Para ser completado por el agente:

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.

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Busca a tu Proveedor Médico

KelseyCare
Advantage
★★★★

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



Clínica Kelsey-Seybold

Los afiliados de KelseyCare Advantage tienen acceso a más de 1,100 médicos y proveedores de atención médica en más de 65 especialidades médicas, en más de 45 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 mejores hospitales de Houston

Kelsey-Seybold está afiliado a hospitales de prestigio mundial. 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 afiliados 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 afiliados de Freedom generalmente necesitan una remisión para cobertura dentro de la red, pero no la necesitan si usan su beneficio de POS (Punto de servicio) para ver a un proveedor médico afiliado.

Nombre del agente: _____

Teléfono del agente: _____

*Los beneficios varían según el plan. Llama para pedir más información: posibles afiliados, llamar al 713-442-5646 (TTY al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Hora del Centro, los siete días, o del 1 de abril al 30 de septiembre, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Hora del Centro, lunes a viernes. Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en KelseyCare Advantage por Internet en KelseyCareAdvantage.com/enroll (sitio web en inglés) o a través del centro de inscripción en línea de Medicare de los CMS en es.medicare.gov. Podrían aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

**Debes seguir pagando tu prima de Medicare Parte B. ¹El deducible de \$200 en el plan Freedom aplica solo a medicamentos de los niveles (Tier) 3, 4 y 5. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros podrían cambiar a partir del 1 de enero de cada año. La lista de medicamentos (formulario), la red de farmacias y/o la red de proveedores médicos pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás un 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. ³Los servicios de MD Anderson tienen un coaseguro del 40%. ²Las 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. ©2026 KelseyCare Advantage. Todos los derechos reservados. H0332_27SK_2242_M_SP