

# 2024

GOLD  
COMMUNITY  
(HMO-POS)

**AVISO  
ANUAL DE  
CAMBIO**

**1-866-535-8343 (TTY: 711)**  
**KelseyCareAdvantage.com**

## ***KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC***

### **Aviso anual de cambios para 2024**

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Gold Community. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

##### **2. COMPARE:** Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en KelseyCare Advantage Gold Community.
- Al proporcionar mi número de teléfono o mi dirección de correo electrónico a KelseyCare Advantage, acepto recibir llamadas automáticas, mensajes pregrabados, correos electrónicos o mensajes de voz/texto sobre mi aplicación o cuenta de parte de KelseyCare Advantage y sus filiales. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, los términos y la información de privacidad están disponibles en [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com). Si quiere dejar de recibir información sobre su aplicación o cuenta, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 y pida que lo agreguen a nuestra lista de no llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción con KelseyCare Advantage Gold Community.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis 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 a la semana, desde el 1 de octubre al 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. Esta llamada es gratuita.
- Este documento también está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este documento).
- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

**Acerca de KelseyCare Advantage Freedom**

- KelseyCare Advantage, producto de KS Plan Administrators, LLC, es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y punto de servicio (Point-of-Service, POS) de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Freedom.

H0332\_008ANOC24\_M

## **Aviso anual de cambios para 2024**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>		<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Freedom en 2024 .....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>11</b>
	Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	11
	Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	11
	Sección 2.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores .....	12
	Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	13
	Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	23
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cambios administrativos.....</b>	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>29</b>
	Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Freedom.....	29
	Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....	29
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>30</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>31</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>31</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>32</b>
	Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Freedom .....	32
	Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	33

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 para KelseyCare Advantage Gold Community y los costos de 2024 para KelseyCare Advantage Freedom en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$15	\$0
<b>Deducible</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0	<b><u>Dentro de la red:</u></b> \$0
	<b><u>Fuera de la red:</u></b> \$500	<b><u>Fuera de la red:</u></b> \$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la red de la parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,450	\$3,450
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B recibidos mediante el beneficio de POS. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$10,000	\$10,000

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Consultas en el consultorio del médico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Consultas de atención primaria: Coseguro del 50%</p> <p>Consultas a especialistas: Coseguro del 30%</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Consultas de atención primaria: Copago de \$10</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare</p> <p>*Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$375 por estadía</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Para las hospitalizaciones de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$375 para cuidados agudos de pacientes internados.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Copago de \$325 por estadía</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones (continuación)</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:                       Coseguro del 40% por estadía</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:                       Coseguro del 40% por estadía</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p><b>Deducible:</b> \$100, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p><b>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$3  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$15  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>	<p><b>Deducible:</b> \$100, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p><b>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$3  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$15  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$0</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$45                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$40                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$30 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$45                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$40                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$90                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$80                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Copago de \$90                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Copago de \$80                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Coseguro del 31%                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Coseguro del 31%                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Coseguro del 31%                      Costo compartido estándar de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.  <i>Costo compartido preferido:</i>                      Coseguro del 31%                      Costo compartido preferido de la insulina                      Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$0</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por cada medicamento con receta, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$0</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> <li>Es posible que tenga costo compartido para medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>

**SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, lo inscribiremos automáticamente como miembro de KelseyCare Advantage Freedom en 2024**

El 1 de enero de 2024, KS Plan Administrators, LLC combinará KelseyCare Advantage Gold Community con uno de nuestros planes, KelseyCare Advantage Freedom. La información de este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en KelseyCare Advantage Gold Community y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2024 como miembro de KelseyCare Advantage Freedom.

**Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente como miembro de nuestro KelseyCare Advantage Freedom.** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos con receta a través de

KelseyCare Advantage Freedom. Si desea cambiar de plan o pasarse a Original Medicare, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$15	\$0
<b>Prima mensual para Beneficios complementarios opcionales de odontología</b> La prima de este plan aplica a usted solamente si está inscrito en los Beneficios complementarios opcionales de odontología. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$32.80	No está disponible

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b></p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,450	<p>\$3,450</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de punto de servicio (Point of Service, POS) fuera de la red</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios de POS fuera de la red. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días laborables.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún

cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos asistirlo.

## Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (cubiertos por Medicare)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta cubierta por Medicare.	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta cubierta por Medicare.
<b>Servicios de ambulancia</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 50% por cada servicio de transporte terrestre solo de ida cubierto por Medicare.	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un copago de \$250 por cada servicio de transporte terrestre solo de ida cubierto por Medicare.
<b>Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 30% para servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 20% para servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.
<b>Servicios de quiropráctica (cubiertos por Medicare)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.
<b>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare)</b>	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta para servicios odontológicos cubierta por Medicare.	<b><u>Fuera de la red</u></b> No está cubierta.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios odontológicos (servicios integrales no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p><u>No</u> está cubierta.</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$2,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p> <p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios que no sean de rutina (ilimitados hasta el beneficio anual máximo).</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios de restauración (cantidad ilimitada de consultas).</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios de extracción (cantidad ilimitada de consultas).</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios de endodoncia (tratamiento de endodoncia: 1 de por vida; todas las demás endodoncias: ilimitadas hasta el beneficio anual máximo).</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios de periodoncia (servicio de periodoncia no quirúrgico: 1 cada 12 meses; mantenimiento periodontal: 1 cada 60 meses).</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por cada consulta para servicios de prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial (cantidad ilimitada de consultas).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios odontológicos (servicios integrales no cubiertos por Medicare) (continuación)</b></p>		<p><b><u>Fuera de la red</u></b>  <u>No</u> están cubiertos.</p>
<p><b>Servicios odontológicos (complementarios opcionales)</b></p>	<p>Los beneficios odontológicos complementarios opcionales están cubiertos por una prima adicional.</p> <p>Usted paga un 20% para servicios básicos y un 50% para servicios complejos.</p> <p>Deducible de \$25 y beneficio máximo anual de \$2,000 cada año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>	<p>Los servicios odontológicos integrales <u>no</u> están cubiertos como un beneficio complementario opcional. Los servicios integrales no cubiertos por Medicare se ofrecen sin prima adicional. Consulte Servicios odontológicos (integrales no cubiertos por Medicare).</p>
<p><b>Servicios odontológicos (preventivos)</b></p>	<p>Sin límite de cobertura del plan.</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$2,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b></p>	<p>Medidores continuos de glucosa en sangre: 15% del costo en una farmacia minorista y 20% del costo en el proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). Coseguro del 20% para cualquier otro DME.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa en sangre (MCG) preferidos son Dexcom y FreeStyle Libre; todos los demás MCG están excluidos.</p>	<p>Medidores continuos de glucosa en sangre: 15% del costo en una farmacia minorista y 20% del costo en el proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). Coseguro del 20% para cualquier otro DME.</p> <p>Los CGM preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Tarjeta Flex wallet</b></p>	<p><u>No</u> está cubierta.</p>	<p>Su cobertura incluye un beneficio de \$750 anuales con la tarjeta Flex para servicios odontológicos, auditivos y de la vista. Usted puede utilizar esta asignación para pagar por los montos de su bolsillo adeudados a estos proveedores. Tendrá acceso a estos fondos mediante una tarjeta de débito emitida.</p> <p>Las asignaciones no utilizadas no se transferirán al siguiente año calendario.</p>
<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de ejercicios físicos.</p> <p>El plan ofrece un programa de ejercicios a todos los miembros. El programa de ejercicios ofrece a los miembros una red nacional de gimnasios para ayudarlos a prevenir enfermedades y lesiones mediante el aumento de la actividad física. El programa incluye una admisión y formación inicial, materiales de educación actuales sobre cómo mantenerse sano y la capacidad de realizar un autoseguimiento del progreso de la actividad.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de ejercicios físicos y para la memoria.</p> <p>Nuestro programa de ejercicios ayuda a nuestros miembros a mantenerse activos física, mental y socialmente. El programa incluye acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital a demanda y en directo, un programa cognitivo integral llamado BrainHQ, kits para casa y clases de equilibrio y prevención de caídas, entrenamiento de fuerza y resistencia y otras clases de ejercicio.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</b>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga un coseguro del 30% por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>            Usted paga un coseguro del 20% por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>
<b>Beneficio de comidas</b>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Con autorización, después del alta de una hospitalización de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, el miembro es elegible para 2 comidas por día por 7 días.</p>	<p>El beneficio de comidas <u>no</u> está cubierto.</p>
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere una remisión.</p>	<p>No se requiere autorización previa ni remisión dentro de Kelsey-Seybold Medical Group.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga por PCP: Copago de \$0                      Especialistas: Copago de \$25                      Sesiones individuales de salud mental: Copago de \$20                      Sesiones grupales de salud mental: Copago de \$20                      Medicamentos que forman parte de los servicios del programa de tratamiento de opioides: Coseguro del 20%                      Los especialistas y los servicios de salud mental requieren autorización y una remisión para cada consulta para servicios del programa de tratamiento de opioides cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga por PCP: Copago de \$0                      Especialistas: Copago de \$20                      Sesiones individuales/grupales de salud mental: Copago de \$20                      Medicamentos que forman parte de los servicios del programa de tratamiento de opioides: Coseguro del 20% por cada consulta para servicios del programa de tratamiento de opioides cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 30% para servicios de laboratorio para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 50% para servicios de laboratorio para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 30% para pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 20% para pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 30% para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Usted paga un coseguro del 30% para radiografías para pacientes externos cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 30% para servicios de radiología terapéutica para pacientes externos cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 20% para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Usted paga un copago de \$20 para radiografías para pacientes externos cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios de radiología terapéutica para pacientes externos cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p>
<p><b>Servicios especializados de salud mental para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de psiquiatra para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.                       Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.                       Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.                       Usted paga un coseguro del 50% por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.                       Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Artículos de venta libre</b></p>	<p>Usted recibe hasta \$40 por trimestre que pueden ser utilizados para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan.</p>	<p>Usted recibe hasta \$95 por trimestre que pueden ser utilizados para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan.</p>
<p><b>Servicios de podiatría (cubiertos por Medicare)</b></p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de diálisis renal</b></p>	<p>Se requiere autorización previa.                       Se requiere una remisión.</p>	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de diálisis renal.                       No se requiere remisión para los servicios de diálisis renal.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Consultas a especialistas</b>	<p><b>Fuera de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 30% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>	<p><b>Fuera de la red</b>                      Usted paga un copago de \$35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>*Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Los servicios de transporte <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para servicios de transporte. Viajes ilimitados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan KelseyCare Advantage.</li> <li>• Los vehículos con acceso para sillas de ruedas deben solicitarse con al menos 24 horas de antelación.</li> <li>• Este beneficio no cubre el transporte en camilla o ambulancia (SVA o SVB).</li> </ul>
<b>Atención de la vista (exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</b>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b>                      Usted paga un copago de \$0 a \$25 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>En las clínicas Kelsey-Seybold, copago de \$0 para el primer examen de la vista y copago de \$25 para todos los exámenes de la vista subsiguientes.</p>
<b>Atención de la vista (exámenes de la vista cubiertos por Medicare) (continuación)</b>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 30% por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 20% por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada consulta de emergencia en todo el mundo.</p> <p>No se aplica el copago si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada servicio de transporte de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p> <p>El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará hasta el 100% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios, menos los copagos y coseguros. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o el ingreso hospitalario de emergencia. El costo compartido de transporte en todo el mundo se aplica si se lo ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Sin monto máximo de cobertura de beneficios del plan.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por cada consulta de emergencia en todo el mundo.</p> <p>El costo compartido de los servicios de la sala de emergencias en todo el mundo se aplica si se lo ingresa al hospital por la misma afección.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de transporte de emergencia/urgencia en todo el mundo.</p> <p>El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias, el transporte de emergencia o el ingreso hospitalario de emergencia.</p> <p>Límite máximo de cobertura del plan de \$20,000 de por vida.</p>

---

## Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

---

### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminaciones o incorporaciones de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambios de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si alguno de sus medicamentos se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas para viajar y las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos.</p>	<p>El deducible es de \$100. Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de medicamentos de Nivel 1 para 30 días, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$15 de costo compartido estándar para un suministro de medicamentos de Nivel 2 para 30 días, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$0 de costo compartido estándar para un suministro de medicamentos de Nivel 6 para 30 días, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100. Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$15 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$0 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 6, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (Genérico preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (Genérico):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (Marca preferida):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (Genérico preferido):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2 (Genérico):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 (Marca preferida):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga \$30 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (De especialidad):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina selecto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (De especialidad):</b> <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%. Usted paga \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 6: (Medicamentos de cuidados selectos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos):</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

**Cambios en la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costo compartido para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

La siguiente información describe los cambios administrativos para el próximo año. Para obtener más información, consulte su Evidencia de cobertura de 2024 o Resumen de beneficios de 2024.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Administración de beneficios de ejercicios	Administración de beneficios de ejercicios a cargo de Tivity Health mediante el uso de la marca registrada SilverSneakers®.	Administración de beneficios de ejercicios a cargo de Optum Healthcare Solutions mediante el uso de la marca comercial Optum OnePass™ con acceso a una red de gimnasios más amplia.
Área de servicio	Para ser elegible para este plan, debe vivir en uno de los siguientes condados de Texas: Texas: Austin, Chambers, Grimes, Liberty, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.	Para ser elegible para este plan, debe vivir en uno de los siguientes condados de Texas: Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton. Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en Texas: Galveston, solamente los siguientes códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591 y 77592.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Administración de beneficios de la vista	Administración de beneficios de la vista y procesamiento de reclamaciones a cargo de Vision Service Plan Insurance (VSP).	Administración de beneficios de la vista y procesamiento de reclamaciones a cargo de UnitedHealthcare Vision con acceso a una red de proveedores de la vista más amplia.

## SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Freedom

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan KelseyCare Advantage Freedom.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Como recordatorio, KS Plan Administrators, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Freedom se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Freedom se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) visite su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN a*
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Programa de salud renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Freedom

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 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.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para KelseyCare Advantage Freedom. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com). Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/“Lista de medicamentos”*).

---

## **Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)**

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-535-8343. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-535-8343. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-535-8343. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-535-8343 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-535-8343. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 -866-535-8343번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-535-8343. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-535-8343. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-535-8343. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-535-8343. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、  
**1-866-535-8343**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。