

# 2024

KelseyCare  
Advantage  
★★★★

SECURE (HMO)

FREEDOM (HMO-POS)

SIGNATURE (HMO)

THRIVE (HMO-POS)



## RESUMEN DE BENEFICIOS

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

[KelseyCareAdvantage.com](https://www.KelseyCareAdvantage.com)

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 713-442-CARE (2273) o al número gratuito 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

### Comprender los beneficios

	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC), en especial para aquellos servicios que habitualmente le presta un doctor. Visite <a href="http://www.KelseyCareAdvantage.com">www.KelseyCareAdvantage.com</a> o llame al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el <i>Directorio de proveedores</i> (o pregúntele a su doctor) para asegurarse de que los doctores que lo atienden ahora estén en la red. Si no figuran en el directorio, significa que probablemente usted tenga que elegir un nuevo doctor.
	Revise el <i>Directorio de farmacias</i> 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.

### Comprender reglas importantes

	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
	Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2025.
	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 o KelseyCare Advantage Thrive.
	Los planes KelseyCare Advantage Freedom y KelseyCare Advantage Thrive permiten que lo atiendan proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

<p><b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b></p>	<p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubren KelseyCare Advantage Signature (HMO), KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS), KelseyCare Advantage Secure (HMO) y KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS), y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “<i>Evidencia de cobertura</i>”.</p> <p>Consejos para comparar sus opciones de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.</li> <li>• Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “<i>Medicare &amp; You</i>” (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>, 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.</li> </ul>
<p><b>Secciones en este folleto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué debe saber sobre KelseyCare Advantage Signature, KelseyCare Advantage Freedom, KelseyCare Advantage Secure y KelseyCare Advantage Thrive</li> <li>• Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos</li> <li>• Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos</li> <li>• Beneficios de medicamentos con receta</li> </ul>
<p><b>Horario de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Números de teléfono y sitio web</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es miembro de este plan, llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Si no es miembro de este plan, llame gratis al 1-800-663-7146 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).</li> <li>• Nuestro sitio web: <a href="http://www.KelseyCareAdvantage.com">www.KelseyCareAdvantage.com</a>.</li> </ul>

<p><b>¿Quién puede afiliarse?</b></p>	<p>Para afiliarse a KelseyCare Advantage, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p><b>Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas:</b> Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery y Galveston (excluida la isla).</p> <p>El área de servicio para <b>KelseyCare Advantage Freedom</b> también incluye los siguientes condados: Austin, Chambers, Grimes, Liberty, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton.</p>	
<p><b>¿Qué doctores y hospitales puedo utilizar?</b></p>	<p><b>KelseyCare Advantage Signature y KelseyCare Advantage Secure:</b></p> <p>Cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.</p>	<p><b>KelseyCare Advantage Freedom y KelseyCare Advantage Thrive:</b></p> <p>Cuenta con una red de doctores, hospitales y otros proveedores. <i>Para algunos servicios, usted puede utilizar proveedores que no estén en nuestra red.</i></p>
<p>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. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p>		
<p><b>¿Qué farmacias puedo utilizar?</b></p>	<p>Por lo general, debe utilizar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si utiliza estas farmacias.</p> <p>Puede ver el directorio de proveedores y el directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<a href="http://www.KelseyCareAdvantage.com">www.KelseyCareAdvantage.com</a>). O bien, llámenos a los números de teléfono indicados anteriormente y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.</p>	

<p><b>¿Qué cubrimos?</b></p>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.</p> <p><b>Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare.</b> Para otros, es posible que pague menos.</p> <p>Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se indican en este folleto.</p> <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.</p> <p>Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web (<a href="http://www.KelseyCareAdvantage.com">www.KelseyCareAdvantage.com</a>). O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario. El formulario o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.</p>
<p><b>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</b></p>	<p>Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de 6 “niveles”. Usted deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizamos las etapas de beneficios que hay después de que alcance su deducible: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.</p>

## Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

**Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos**

	KelseyCare Advantage Signature (HMO)	KelseyCare Advantage Freedom (HMO- POS)	KelseyCare Advantage Secure (HMO)	KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)
<b>¿Cuánto cuesta la prima mensual?</b>	\$0 por mes.	\$0 por mes.	\$0 por mes.	\$0 por mes.
	Además, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.			
<b>¿Cuánto cuesta el deducible?</b>	Estos planes no tienen deducible médico.			

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
 Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>¿Existe algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?</b>	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en los costos que usted paga de su bolsillo para la atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p><b>Tenga en cuenta que aún deberá pagar sus primas mensuales de la Parte B y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</b></p>			
(Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo)	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$4,000 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul>	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,450 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul>	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,850 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul>	<p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$6,000 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$10,000 para los servicios que recibe de proveedores fuera de la red.</li> </ul>
<b>¿Existe algún límite sobre cuánto pagará el plan?</b>	<p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura por año para ciertos beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros para saber qué servicios aplican.</p>			
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b>	<p>Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días por período de beneficios.</p>			

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup> (continuación)</b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$325 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40% por estadía</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$245 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por cada día de reserva de por vida para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$375 por estadía para los días 1-5; copago de \$0 para los días 6-90</li> <li>Copago de \$0 por cada día de reserva de por vida para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40% por estadía</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$150</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$325</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$225</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$225</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$125</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$175</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.



	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Consultas médicas</b> (proveedores de atención primaria y especialistas) <sup>1,2</sup>	<p><u>Consulta en un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Consulta en un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$25</li> </ul> <p><u>Consulta en un consultorio fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$10</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare</li> </ul> <p>*Coseguro del 40% por cada consulta con un proveedor de MD Anderson</p>	<p><u>Consulta en un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$10</li> </ul>	<p><u>Consulta en un consultorio dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$0</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$40</li> </ul> <p><u>Consulta en un consultorio fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de atención primaria: Copago de \$10</li> <li>• Consulta con un especialista: Copago de \$60 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare</li> </ul> <p>*Coseguro del 40% para las consultas con proveedores de MD Anderson</p>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Atención preventiva</b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<p>Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>Medición de la masa ósea</li> <li>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>Prueba de detección de depresión</li> <li>Prueba de detección de diabetes</li> <li>Prueba de detección de VIH</li> <li>Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>Prueba de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>Pruebas de detección de cáncer de próstata (prueba del antígeno prostático específico [prostate specific antigen, PSA])</li> <li>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</li> <li>Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo</li> <li>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)</li> <li>Consulta anual de “bienestar”</li> </ul> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>				

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos.</p>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos.</p>	<p>Copago de \$120</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos.</p>	<p>Copago de \$100</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, usted no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer otros costos.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$5	Copago de \$25

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> </ul>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> </ul>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$150, según el servicio</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul> <p><u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$25, según el servicio</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes<sup>1,2</sup></b> <b>(continuación)</b>	<p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$50</li> </ul>	<p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50% en cualquier otro proveedor</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$50</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$50</li> </ul>	<p><u>Servicios de laboratorio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul> <p><u>Radiografías para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul> <p><u>Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer):</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$50</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina cada año.</p> <p><u>Asignación para audífonos:</u></p> <p>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. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$25</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina cada año.</p> <p><u>Asignación para audífonos:</u></p> <p>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. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina cada año.</p> <p><u>Asignación para audífonos:</u></p> <p>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. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>	<p><u>Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$40</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul> <p><u>Examen auditivo de rutina:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0. Usted tiene cobertura para hasta 1 examen auditivo de rutina cada año.</p> <p><u>Asignación para audífonos:</u></p> <p>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. Las baterías de repuesto no están cubiertas.</p>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare<sup>1,2</sup></b> <i>(consulte la sección sobre beneficios adicionales para conocer otros servicios odontológicos disponibles)</i>	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$25</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertos</li> </ul>	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul>	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</u> (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes):  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$40</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertos</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Atención de la vista</b>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$20 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$25 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul>	<p><u>Examen de la vista de rutina, lentes y accesorios:</u></p> <p><u>Solo dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año</li> </ul> <p>Límite de cobertura del plan de \$175 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 a \$40 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>Copago de \$0 por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.



	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Atención de la vista (continuación)</b>	<p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</p>	<p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20% por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>• Coseguro del 50% por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul> <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50% hasta la tasa permitida por Medicare</li> </ul>	<p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0</p>	<p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40% por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos</li> <li>• Coseguro del 40% por cada prueba anual de detección de glaucoma</li> </ul> <p><u>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40% hasta la tasa permitida por Medicare</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios de salud mental</b> (incluso para pacientes internados) <sup>1,2</sup>	<p><u>Para pacientes internados:</u></p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se presten en un hospital general.</p>			
	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$325 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40% por estadía</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$245 por estadía</li> <li>Copago de \$0 por cada día de reserva de por vida para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$375 por estadía para los días 1-5; copago de \$0 para los días 6-90</li> <li>Copago de \$0 por cada día de reserva de por vida para los días de reserva de por vida (si están disponibles)</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40% por estadía</li> </ul> <p><u>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup></b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por día para los días 1-20</li> <li>Copago de \$125 por día para los días 21-100</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por día para los días 1-20</li> <li>Copago de \$125 por día para los días 21-100</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50% por estadía</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por día para los días 1-20;</li> <li>copago de \$125 para los días 21-100</li> </ul>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0 por día para los días 1-20</li> <li>Copago de \$125 por día para los días 21-100</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40% por estadía</li> </ul>
<b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$40</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Ambulancia</b> <i>(Servicios de transporte terrestre y aéreo cubiertos por Medicare)</i>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$100 por cada viaje solo de ida</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$225 por cada viaje solo de ida</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$250 por cada viaje solo de ida en ambulancia terrestre</li> <li>Coseguro del 50% por cada viaje solo de ida en ambulancia aérea</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$100 por cada viaje solo de ida</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$100 por cada viaje solo de ida</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$225 por cada viaje solo de ida en ambulancia terrestre</li> <li>Copago de \$225 por cada viaje solo de ida en ambulancia aérea</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p>Este plan cubre viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan.</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p>Este plan cubre viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan.</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <p>Este plan cubre viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan.</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No está disponible</li> </ul>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 20%</li> </ul>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 20%</li> </ul>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 20%</li> </ul>	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B, insulina y otros medicamentos de la Parte B:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0% al 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

## Beneficios de medicamentos con receta (Parte D)

Límite de cobertura inicial				
	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Sin deducible	Usted pagará un deducible anual de \$100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. No hay deducible para la insulina.	Sin deducible	Usted pagará un deducible anual de \$100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible del plan. No hay deducible para la insulina.

Usted paga lo que se indica abajo hasta que los costos anuales de medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$8,000. Los costos anuales totales que paga de su bolsillo son los costos totales de medicamentos pagados por usted y por otros pagadores calificados.

Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo de la red.

### Costo compartido minorista estándar y de pedido por correo (límite de cobertura inicial)

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$3 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$9 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$47 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$141 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$45 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$135 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$47 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$141 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$47 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$141 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>
<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$100 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$300 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$90 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$270 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$100 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$300 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$100 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$300 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 33% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 31% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 33% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 31% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>
<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

**Costo compartido minorista preferido y de pedido por correo (límite de cobertura inicial)**

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>



<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$5 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$13 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$40 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$100 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$40 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$100 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$40 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$100 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3 (Marca preferida)</b></p> <p>Copago de \$45 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$113 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>
<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$80 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$200 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$80 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$200 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$80 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$200 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 4 (Medicamento no preferido)</b></p> <p>Copago de \$90 por un suministro para un mes de otros medicamentos.</p> <p>Copago de \$225 por un suministro para tres meses de otros medicamentos.</p>

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 33% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 31% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 33% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>	<p><b>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</b></p> <p>coseguro del 31% por un suministro para un mes de otros medicamentos (no hay suministros a largo plazo disponibles para otros medicamentos)</p>
<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista. Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia dentro de la red.

## Período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (también llamado “intervalo de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$5,030.

Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del precio negociado del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que los costos que pague de su bolsillo sumen \$8,000, que indica el final del período sin cobertura. KelseyCare Advantage ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6. No todas las personas entrarán en el período sin cobertura.

En este plan, es posible que usted pague incluso menos por los medicamentos genéricos y de marca incluidos en el formulario. Su costo varía según el nivel. Deberá utilizar su formulario para localizar el nivel de su medicamento. Consulte el cuadro que aparece a continuación para averiguar cuánto le costará.

**Costo compartido minorista estándar y de pedido por correo (período sin cobertura)**

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$3 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$9 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (Genérico preferido)</b></p> <p>Copago de \$7 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$21 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (Genérico)</b></p> <p>Copago de \$15 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$45 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>

**Costo compartido minorista preferido y de pedido por correo (período sin cobertura)**

<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<p><b>Nivel 1 (<i>Genérico preferido</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (<i>Genérico preferido</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (<i>Genérico preferido</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 1 (<i>Genérico preferido</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 2 (<i>Genérico</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (<i>Genérico</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (<i>Genérico</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 2 (<i>Genérico</i>)</b></p> <p>Copago de \$5 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$13 por un suministro para tres meses.</p>
<p><b>Nivel 6 (<i>Medicamentos de cuidados selectos</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (<i>Medicamentos de cuidados selectos</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (<i>Medicamentos de cuidados selectos</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>	<p><b>Nivel 6 (<i>Medicamentos de cuidados selectos</i>)</b></p> <p>Copago de \$0 por un suministro para un mes.</p> <p>Copago de \$0 por un suministro para tres meses.</p>

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

## Cobertura en situaciones catastróficas

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

## Beneficios adicionales de medicamentos con receta

Como parte de la cobertura para medicamentos ampliada del plan para el año calendario 2024, el plan cubre los siguientes medicamentos excluidos del Nivel 2: Sildenafil (Viagra genérico), vitamina D2, ácido fólico y vitamina B12. Los pagos que realice por los medicamentos excluidos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

## Beneficios médicos adicionales

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Acupuntura</b> <sup>1,2</sup>	Anualmente, el plan cubre hasta 12 consultas de acupuntura en un plazo de 90 días para el dolor lumbar crónico, y 8 sesiones adicionales si se observa una mejoría. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.			
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$15</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b> <sup>1,2</sup>	Exámenes y tratamiento para los pies si usted tiene lesiones en los nervios relacionadas con la diabetes o cumple ciertos requisitos.			
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$25</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$40</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Equipo médico y suministros</b> (equipo médico duradero, suministros para la diabetes, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados) <sup>1</sup>	<u>Equipo médico duradero:</u>	<u>Equipo médico duradero:</u>	<u>Equipo médico duradero:</u>	<u>Equipo médico duradero:</u>
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Equipo médico y Suministros (continuación)</b>	<p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.</li> </ul> <p>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</p>	<p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un coseguro del 0% para medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted paga un coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.</li> </ul> <p>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50% (incluso si se utilizan marcas preferidas)</li> </ul>	<p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$0 para los medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted paga un copago de \$0 para las lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.</li> </ul> <p>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</p>	<p><u>Suministros para el control de la diabetes:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$0 para los medidores de glucosa y tiras reactivas, si usa una marca preferida (Roche y LifeScan).</li> <li>• Usted paga un copago de \$0 para las lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.</li> </ul> <p>Las marcas no preferidas de suministros para la diabetes (incluyendo medidores de glucosa y tiras reactivas) no están cubiertas.</p> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40% (incluso si se utilizan marcas preferidas)</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Equipo médico y Suministros (continuación)</b>	<p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom G6 y G7:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 15% para medidores continuos de glucosa en sangre en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de DME. Los medidores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM) preferidos son Dexcom G6 y</li> </ul>	<p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom G6 y G7:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 15% para medidores continuos de glucosa en sangre en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de DME. Los CGM preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.</li> </ul>	<p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom G6 y G7:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 15% para medidores continuos de glucosa en sangre en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de DME. Los CGM preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.</li> </ul>	<p><u>Plantillas o zapatos terapéuticos y dispositivos protésicos:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 20%</li> </ul> <p><u>Fuera de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40%</li> </ul> <p><u>Medidores continuos de glucosa (marcas preferidas): Dexcom G6 y G7:</u></p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 15% para medidores continuos de glucosa en sangre en una farmacia minorista y coseguro del 20% en el proveedor de DME. Los CGM preferidos son Dexcom G6 y Dexcom G7; todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado.</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.



	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Equipo médico y Suministros (continuación)</b>	Dexcom G7;. todos los demás CGM están sujetos a tratamiento escalonado. Coseguro del 20% para cualquier otro DME.	Coseguro del 20% para cualquier otro DME.  <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	Coseguro del 20% para cualquier otro DME.	Coseguro del 20% para cualquier otro DME.  <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Programas de bienestar (p. ej., de ejercicio)</b>	Usted paga un copago de \$0 por OnePass: acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital a demanda y en directo, y un programa cognitivo integral llamado BrainHQ.	Usted paga un copago de \$0 por OnePass: acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital a demanda y en directo, y un programa cognitivo integral llamado BrainHQ.	No están cubiertos	Usted paga un copago de \$0 por OnePass: acceso a una red de gimnasios participantes, contenido digital a demanda y en directo, y un programa cognitivo integral llamado BrainHQ.
<b>Atención quiropráctica<sup>1,2</sup></b>	<u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>	<u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna se mueven fuera de su posición):</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$15</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$0</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Hospicio</b>	<p>Usted no paga nada por el cuidado de hospicio en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y de la atención de alivio. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.</p>			
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u>  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u>  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u>  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul>	<u>Consulta de terapia individual o grupal:</u>  <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$20</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Cirugía<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$225 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$300 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$225 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$150 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$125 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$325 en un hospital para pacientes externos</li> <li>Copago de \$175 en un centro de cirugía ambulatoria</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted recibe una asignación de \$125 cada 3 meses para artículos de venta libre.	Usted recibe una asignación de \$95 cada 3 meses para artículos de venta libre.	Usted recibe una asignación de \$90 cada 3 meses para artículos de venta libre.	Usted recibe una asignación de \$150 cada 3 meses para artículos de venta libre.
<b>Diálisis renal<sup>1,2</sup></b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 20%</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Consultas por telemedicina</b>	Las consultas electrónicas y por video con doctores de atención primaria (primary care physician, PCP) y especialistas contratados por Kelsey-Seybold son un beneficio cubierto.			
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: Copago de \$15</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: Copago de \$15</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertos</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: Copago de \$15</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de \$0</li> <li>• Especialista: Consultas electrónicas, por video y por teléfono con especialistas, proveedores de salud mental y otros proveedores: Copago de \$15</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No están cubiertos</li> </ul>
<b>Rehabilitación para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día y hasta 36 sesiones en un período de 36 semanas):			
	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$25</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$20</li> </ul>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 40%</li> </ul>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Rehabilitación para pacientes externos<sup>1,2</sup> (continuación)</b>	<u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$35	<u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$10</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 50%</li> </ul>	<u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20	<u>Terapia ocupacional:</u> <u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$35</li> </ul> <u>Fuera de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 40%</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos preventivos</b>	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0%</li> <li>Limpiezas (Profilaxis)</li> <li>Evaluación oral periódica</li> <li>Evaluación oral integral</li> <li>Evaluación oral exhaustiva</li> <li>Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas)</li> </ul> Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0%</li> <li>Limpiezas (Profilaxis)</li> <li>Evaluación oral periódica</li> <li>Evaluación oral integral</li> <li>Evaluación oral exhaustiva</li> <li>Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas)</li> </ul> Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0%</li> <li>Limpiezas (Profilaxis)</li> <li>Evaluación oral periódica</li> <li>Evaluación oral integral</li> <li>Evaluación oral exhaustiva</li> <li>Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas)</li> </ul> Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.	<u>Dentro de la red:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coseguro del 0%</li> <li>Limpiezas (Profilaxis)</li> <li>Evaluación oral periódica</li> <li>Evaluación oral integral</li> <li>Evaluación oral exhaustiva</li> <li>Radiografías (aletas de mordida, intraorales y panorámicas)</li> </ul> Los servicios solo están cubiertos si los presta un odontólogo de la red.

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Servicios odontológicos integrales</b>	<p><u>Dentro de la red:</u> Beneficio máximo anual de \$3,000 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 0% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u> <u>Servicios de prostodoncia</u> <u>Servicios de restauración</u> <u>Servicios de cirugía oral y maxilofacial</u></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Beneficio máximo anual de \$2,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 0% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u> <u>Servicios de prostodoncia</u> <u>Servicios de restauración</u> <u>Servicios de cirugía oral y maxilofacial</u></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Beneficio máximo anual de \$2,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 0% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u> <u>Servicios de prostodoncia</u> <u>Servicios de restauración</u> <u>Servicios de cirugía oral y maxilofacial</u></p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Beneficio máximo anual de \$3,500 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos. Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 0% por cada servicio.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia</u> <u>Servicios de prostodoncia</u> <u>Servicios de restauración</u> <u>Servicios de cirugía oral y maxilofacial</u></p>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.  
Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

	<b>KelseyCare Advantage Signature (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)</b>	<b>KelseyCare Advantage Secure (HMO)</b>	<b>KelseyCare Advantage Thrive (HMO-POS)</b>
<b>Tarjeta Flex Wallet</b>	<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>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>Su cobertura incluye un beneficio de \$250 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>Su cobertura incluye un beneficio de \$1,000 anuales con la tarjeta Flex para servicios odontológicos, auditivos y de la vista y equipos para hacer ejercicios en casa. 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>

Los servicios con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa.

Los servicios con un <sup>2</sup> pueden requerir una remisión de su doctor.

**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ごじます。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。



Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-535-8343 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato. Comuníquese con el plan para obtener más información.