



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

SENIORCARE (COST)

2018 Resumen de Beneficios

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos en el plan SeniorCare (Cost), ofrecido por Scott and White Health Plan.

Resumen de beneficios

Desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018

SeniorCare (Cost) es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare depende de la renovación del contrato.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y de lo usted que paga. No se enumeran 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 *Evidencia de cobertura*.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre SeniorCare (Cost) y de lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con los otros planes de Medicare, solicite los folletos del Resumen de beneficios a los otros planes. O bien, use Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente “Medicare & You” (Medicare y Usted). También puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cosas que debe saber sobre SeniorCare (Cost)

- Puede llamarnos de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
- Si es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-866-334-3141 o al número TTY 1-800-735-2989.
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-800-782-5068 o al número TTY 1-800-735-2989.
- Nuestro sitio web: seniorcare.swhp.org

Este documento está disponible en otros formatos como tamaño de letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea español.

¿Quién puede inscribirse?

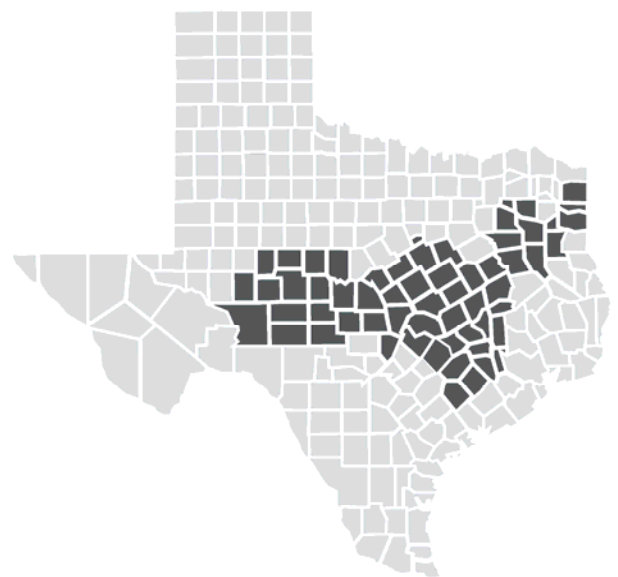
Para inscribirse en SeniorCare (Cost), debe estar inscrito en la Parte B de Medicare (o tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare) y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Anderson, Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Cass, Cherokee, Coke, Coleman, Colorado, Concho, Coryell, Crockett, Falls, Fayette, Freestone, Gregg, Grimes, Hamilton, Harrison, Henderson, Hill, Irion, Kimble, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Marion, Mason, McCulloch, McLennan, Menard, Milam, Mills, Rains, Reagan, Robertson, Runnels, Rusk, San Saba, Schleicher, Smith, Somervell, Sterling, Sutton, Tom Green, Travis, Van Zandt, Waller, Washington, Williamson y Wood.

¿Cuál es el área de servicio para **Senior Care (Cost)?**



Los condados en el área de servicio se detallan a continuación:

Anderson, Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Cass, Cherokee, Coke, Coleman, Colorado, Concho, Coryell, Crockett, Falls, Fayette, Freestone, Gregg, Grimes, Hamilton, Harrison, Henderson, Hill, Irion, Kimble, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Marion, Mason, McCulloch, McLennan, Menard, Milam, Mills, Rains, Reagan, Robertson, Runnels, Rusk, San Saba, Schleicher, Smith, Somervell, Sterling, Sutton, Tom Green, Travis, Van Zandt, Waller, Washington, Williamson y Wood.



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

SeniorCare (Cost) tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que se puede encontrar en nuestro sitio web en seniorcare.swhp.org.

Si usa los proveedores en nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede usar los proveedores que no pertenecen a nuestra red.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.

- Los miembros de nuestro plan tienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga menos.
- Nuestros miembros del plan también reciben más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

SeniorCare (Cost) cubre los medicamentos de la Parte B de Medicare. SeniorCare (Cost) brinda cobertura de la Parte D cuando el miembro elige la cobertura para medicamentos de la Parte D y paga la prima de la Parte D.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para buscar en qué nivel se encuentra su medicamento a fin de determinar cuánto le costará. La cantidad que pague dependerá del nivel del medicamento y a qué etapa del beneficio ha llegado. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web seniorcare.swhp.org.

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) Select HMO	SeniorCare (Cost) Preferred HMO
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$90 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No paga nada.	No paga nada.
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Usted paga \$6,700 por año.	Usted paga \$3,400 por año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Días 1 a 5: usted paga un copago de \$375 por día. Días 6 a 90: no paga nada.	Usted paga un copago de \$450 por estadía.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	Centro quirúrgico ambulatorio: usted paga el 20% del costo. Hospital para pacientes externos: usted paga el 20% del costo.	Centro quirúrgico ambulatorio: usted paga un copago de \$100. Hospital para pacientes externos: usted paga un copago de \$15.
Consultas al médico	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Proveedor de atención primaria	Usted paga un copago de \$20 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.
Especialistas	Usted paga un copago de \$50 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.
Atención preventiva	No paga nada.	No paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$200 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$200 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) VIP HMO	SeniorCare (Cost) Premium HMO
Prima mensual del plan	Usted paga \$130 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	Usted paga \$183 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No paga nada.	No paga nada.
Responsabilidad máxima de los que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Usted paga \$3,400 por año.	Usted paga \$3,400 por año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Días 1 a 5: usted paga un copago de \$200 por día. Días 6 a 90: no paga nada.	No paga nada.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	Centro quirúrgico ambulatorio: usted paga un copago de \$50. Hospital para pacientes externos: usted paga un copago de \$5.	Centro quirúrgico ambulatorio: no paga nada. Hospital para pacientes externos: no paga nada.
Consultas al médico	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Proveedor de atención primaria	Usted paga un copago de \$10 por consulta.	No paga nada.
Especialistas	Usted paga un copago de \$10 por consulta.	No paga nada.
Atención preventiva	No paga nada.	No paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$125 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$75 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) Select HMO	SeniorCare (Cost) Preferred HMO
Servicios de urgencia	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia.</p>
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imágenes</p> <p>Servicio de radiología de diagnóstico (por ej.: resonancia magnética)</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p> <p>Radiología terapéutica</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>
Servicios auditivos	<p>Examen auditivo de rutina</p> <p>Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Audífonos</p> <p>No paga nada.</p> <p>Usted paga un copago de \$50.</p> <p>No se cubren los audífonos.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>Usted paga un copago de \$15.</p> <p>No se cubren los audífonos.</p>
Servicios odontológicos	<p>Sin cobertura.</p> <p>Puede elegir los servicios odontológicos como un beneficio complementario opcional con una prima mensual adicional.</p>	<p>Sin cobertura.</p> <p>Puede elegir los servicios odontológicos como un beneficio complementario opcional con una prima mensual adicional.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) VIP HMO	SeniorCare (Cost) Premium HMO
Servicios de urgencia	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia.</p>
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imágenes <p>Servicio de radiología de diagnóstico (por ej.: resonancia magnética)</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p> <p>Radiología terapéutica</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>
Servicios auditivos	<p>No paga nada.</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</p> <p>No se cubren los audífonos.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p> <p>Se cubre hasta \$1,000 para audífonos cada tres años con adaptaciones ilimitadas. Se incluye el suministro de baterías y la garantía.</p>
Servicios odontológicos	<p>Sin cobertura.</p> <p>Puede elegir los servicios odontológicos como un beneficio complementario opcional con una prima mensual adicional.</p>	<p>Sin cobertura.</p> <p>Puede elegir los servicios odontológicos como un beneficio complementario opcional con una prima mensual adicional.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) Select HMO	SeniorCare (Cost) Preferred HMO
Servicios de la vista Examen de la vista de rutina Anteojos	Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año. Los anteojos no tienen cobertura.	Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año. Asignación de \$125 para anteojos, para el costo total de lentes de contacto rígidos, marcos, lentes o cristales una vez por año. No hay copago para los anteojos. Los miembros deben usar un proveedor participante de Baylor Scott and White Health.
Servicio de salud mental Consulta para pacientes internos Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos con un psiquiatra	Debe utilizar proveedores de la red. Días 1 a 5: usted paga un copago de \$375 por día. Días 6 a 90: no paga nada. Usted paga un copago de \$15. Usted paga el 20% del costo.	Debe utilizar proveedores de la red. Usted paga un copago de \$450 por estadía. Usted paga un copago de \$15. Usted paga un copago de \$15.
Centro de enfermería especializada	Debe utilizar proveedores de la red. Días 1 a 20: no paga nada. Días 21 a 100: usted paga un copago de \$125 por día.	Debe utilizar proveedores de la red. Días 1 a 20: no paga nada. Días 21 a 100: usted paga un copago de \$35 por día.
Fisioterapia Consulta de terapia ocupacional Consulta de fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje	Debe utilizar proveedores de la red. Usted paga el 20% del costo. Usted paga el 20% del costo.	Debe utilizar proveedores de la red. Usted paga un copago de \$15. Usted paga un copago de \$15.

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) VIP HMO	SeniorCare (Cost) Premium HMO
<p>Servicios de la vista</p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <p>Anteojos</p>	<p>Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Asignación de \$125 para anteojos, para el costo total de lentes de contacto rígidos, marcos, lentes o cristales una vez por año. No hay copago para los anteojos. Los miembros deben usar un proveedor participante de Baylor Scott and White Health.</p>	<p>Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Asignación de \$125 para anteojos, para el costo total de lentes de contacto rígidos, marcos, lentes o cristales una vez por año. No hay copago para los anteojos. Los miembros deben usar un proveedor participante de Baylor Scott and White Health.</p>
<p>Servicio de salud mental</p> <p>Consulta para pacientes internos</p> <p>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos</p> <p>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos con un psiquiatra</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Días 1 a 5: usted paga un copago de \$200 por día.</p> <p>Días 6 a 90: no paga nada.</p> <p>Usted paga un copago de \$5.</p> <p>Usted paga un copago de \$5.</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Usted no paga nada por estadía.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Días 1 a 20: no paga nada.</p> <p>Días 21 a 100: usted paga un copago de \$30 por día.</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Días 1 a 20: no paga nada.</p> <p>Días 21 a 100: usted paga un copago de \$15 por día.</p>
<p>Fisioterapia</p> <p>Consulta de terapia ocupacional</p> <p>Consulta de fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$5.</p> <p>Usted paga un copago de \$5.</p>	<p>Debe utilizar proveedores de la red.</p> <p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) Select HMO	SeniorCare (Cost) Preferred HMO
Ambulancia	Usted paga un copago de \$100. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$75. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo por los medicamentos para la quimioterapia. Usted paga el 20% del costo por los otros medicamentos de la Parte B.	Usted no paga nada por los medicamentos para la quimioterapia. Usted no paga nada por los otros medicamentos de la Parte B.
Atención de los pies (servicios de podiatría)	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga el 20% del costo.	Usted paga un copago de \$15.
Equipos/suministros médicos	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Equipo médico duradero (por ej.: sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga el 20% del costo.	Usted paga el 20% del costo.
Dispositivos protésicos (por ej.: soportes, extremidades artificiales)	Usted paga el 20% del costo.	Usted paga el 20% del costo.
Suministros para diabetes	Usted paga el 20% del costo.	Usted paga el 20% del costo.
Programas de bienestar (por ej.: acondicionamiento físico)	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que les ofrece a los miembros una membresía complementaria en gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que les ofrece a los miembros una membresía complementaria en gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
Atención médica a domicilio	No paga nada.	No paga nada.

Primas y beneficios	SeniorCare (Cost) VIP HMO	SeniorCare (Cost) Premium HMO
Ambulancia	Usted paga un copago de \$60. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no se aplica el copago.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted no paga nada por los medicamentos para la quimioterapia. Usted no paga nada por los otros medicamentos de la Parte B.	Usted no paga nada por los medicamentos para la quimioterapia. Usted no paga nada por los otros medicamentos de la Parte B.
Atención de los pies (servicios de podiatría)	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$10.	No paga nada.
Equipos/suministros médicos	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.
Equipo médico duradero (por ej.: sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga un coseguro del 10%.	No paga nada.
Dispositivos protésicos (por ej.: soportes, extremidades artificiales)	Usted paga un coseguro del 10%.	No paga nada.
Suministros para diabetes	Usted paga un coseguro del 10%.	No paga nada.
Programas de bienestar (por ej.: acondicionamiento físico)	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que les ofrece a los miembros una membresía complementaria en gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que les ofrece a los miembros una membresía complementaria en gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
Atención médica a domicilio	No paga nada.	No paga nada.

Remisiones y autorizaciones previas

No se necesitan remisiones de su proveedor de cuidado primario para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, llámenos y solicite la *Evidencia de cobertura*.

Medicamentos con receta para pacientes externos para SeniorCare (Cost)

Plan Value Rx

Prima mensual de \$57.60

El deducible de \$285 deducibles se aplica a todos los niveles (Niveles del 1 al 5).

El plan Value Rx está disponible únicamente con el plan médico Select.

	Suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Suministro para 90 días de pedido por correo
<p>Etapa 1: Etapa de cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)</p>		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$6.	Usted paga un copago de \$12.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga un copago de \$100.	Usted paga un copago de \$200.
Nivel 5: medicamentos especializados	Usted paga el 27% del costo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.
<p style="text-align: center;">Plan Basic Rx Prima mensual de \$76.50 El deducible de \$100 se aplica a los Niveles 3, 4 y 5. El plan Basic Rx está disponible únicamente con los planes médicos Preferred, VIP y Premium.</p>		
<p>Etapa 1: Etapa de cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)</p>		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$8.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga un copago de \$100.	Usted paga un copago de \$200.
Nivel 5: medicamentos especializados	Usted paga el 31% del costo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.

Medicamentos con receta para pacientes externos para SeniorCare (Cost)

Plan Enhanced Rx Prima mensual de \$123.20 El deducible de \$50 se aplica a los Niveles 3, 4 y 5. El plan Enhanced Rx está disponible únicamente con los planes médicos Preferred, VIP y Premium.		
	Suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Suministro para 90 días de pedido por correo
Etapa 1: Etapa de cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)		
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$4.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$24.
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga un copago de \$95.	Usted paga un copago de \$190.
Nivel 5: medicamentos especializados	Usted paga el 32% del costo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.

Detalles adicionales de su cobertura para medicamentos con receta

Cobertura inicial	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen un total de \$3,750. Los costos anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que pagan usted y su plan de Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedidos por correo.
Período sin cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que los costos totales anuales de los medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$3,750.</p> <p>Después de que ingresa en el período sin cobertura, pagará el 35% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 44% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$5,000, que es el final del período sin cobertura. No todos ingresarán en el período sin cobertura.</p>
Cobertura en situaciones catastróficas	<p>Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen los \$5,000, usted pagará el monto que sea mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el 5% del costo, o • un copago de \$3.35 para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.35 para todos los otros medicamentos.

Información sobre su beneficio de medicamentos con receta

Le recomendamos que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta. Para recibir asistencia, llame al Servicio al cliente al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo ingresa en otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales de una farmacia específica y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

Información sobre su beneficio odontológico opcional

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no cubre Medicare Original y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales son denominados **“Beneficios complementarios opcionales”**. Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y además tiene que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

- Plan odontológico opcional, complementario, preventivo e integral: \$13 por mes.
 - Hay beneficios dentro de la red y fuera de la red disponibles.
 - Deducible: \$0.
 - Beneficio máximo anual: \$2,000.

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones, que se describen en la *Evidencia de cobertura*. También consulte la *Evidencia de Cobertura* para ver detalles completos sobre el beneficio odontológico.

Beneficio	Monto y aspectos destacados del beneficio	
	Dentro de la red según el cargo máximo permitido.	Fuera de la red según el cargo máximo permitido.
Servicios de Tipo A	No paga nada.	No paga nada.
Servicios de Tipo B (sin período de espera)	Usted paga el 50% del costo.	Usted paga el 50% del costo.

Descripción de los servicios odontológicos de Tipo A y Tipo B

Servicios de Tipo A	Servicios de Tipo B
Los exámenes bucales se limitan a una vez cada 6 meses, menos la cantidad de exámenes específicos para un problema recibidos durante dichos meses.	Instalación inicial de dentaduras postizas completas o extraíbles: <ol style="list-style-type: none"> cuando se la necesita para reemplazar dientes faltantes de manera congénita; o cuando se necesitan para reemplazar dientes naturales que se perdieron mientras la persona que recibía dichos beneficios tenía seguro odontológico conforme a este plan.
Las pruebas de detección, incluidas las pruebas de detección exigidas por el estado o a nivel federal, para determinar la necesidad de una persona de consultar a un dentista para recibir un diagnóstico se limitan a una vez cada 6 meses.	Reemplazo de una dentadura postiza completa de manera inmediata y provisoria por una dentadura postiza completa y permanente si la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria no se puede utilizar de manera permanente y dicho reemplazo se realiza en el plazo de 12 meses desde la instalación de la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria.
Los estudios de pacientes (inspección clínica limitada que se realiza para identificar posibles signos de enfermedad oral o sistémica, malformación o lesión y la posible necesidad de remisión para diagnóstico y tratamiento) se limitan a una vez cada 6 meses.	Reemplazo de una dentadura postiza completa o extraíble a la que no se le puede hacer mantenimiento si esa dentadura postiza se colocó más de 5 años calendario antes del reemplazo.
Los estudios específicos para un problema se limitan a una vez cada 6 meses, menos la cantidad de estudios orales recibidos durante dichos meses.	Ajustes de dentaduras: <ol style="list-style-type: none"> si ha pasado un mínimo de 6 meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y no más de una vez en cualquier período de 6 meses.
Radiografías odontológicas, excepto conforme a lo indicado en otra parte.	Recubrimiento y nueva base de dentaduras postizas extraíbles existentes: <ol style="list-style-type: none"> si ha pasado un mínimo de 6 meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y no más de una vez en cualquier período de 36 meses.
Radiografías interproximales, pero no más de un conjunto cada 36 meses.	Acondicionamiento de tejidos, pero no más de una vez en cualquier período de 60 meses.
Una radiografía de la boca completa o panorámica cada 36 meses.	Colocación inicial de empastes de amalgama.
Radiografías intraorales o periapicales.	Reemplazo de un empaste de amalgama existente, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; o si se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.
Limpieza de dientes (profilaxis oral) una vez cada 6 meses.	Colocación inicial de empastes de resina Reemplazo de un empaste de resina existente, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones: <ol style="list-style-type: none"> si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; o si se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.
	Las extracciones simples se limitan a una cada cinco años.
	Los servicios prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios se limitan a uno cada cinco años.



Asistencia lingüística

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141 (TTY : 1-800-735-2989)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدثا شكر اللغة، فإن خدماتنا لتلمساعدا ةللفغوية تتوافر لك بالمجاا .نصل برقم 1-866-334-3141 (رقم هاتف الصم اولبكم: 1-800-735-2989).

Urdu:

خبرا :رادگر ودرا پآ بولتے ہیں، تو پآ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب اک۔ نیبل کریں. 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 1-800-735-2989).

Hindi:

धय न दः यद आप ह द ब लत ह त आपक ल ए मफत म भ ष सह यत सव ए उपलबध ह। 1-866-334-3141
(TTY: 1-800-735-2989) पर क ल कर।

Persian:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات تبانی بصرار ترویگان بارامش ی
فمهار می باشد. با 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) تماس بگیرید.

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો
1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese:

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-334-3141
(TTY:1-800-735-2989) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: Si usted habla inglés, hay a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye ni trata de manera diferente a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona, a personas con impedimentos de comunicación, ayuda y servicios gratuitos tales como:
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (con impresión en letra grande, mensajes de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, servicios lingüísticos gratuitos tales como:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Patricia Balz.

Si usted considera que Scott and White Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar su queja dirigiéndose a:

Patricia Balz, Vicepresidenta de Recursos Humanos
2401 South 31st Street, MS-17-212, Temple, Texas 76508
254-724-8650, 254-724-1631
patricia.balz@bswhealth.org

Usted puede presentar su queja en persona, por correo regular, fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Patricia Balz, Vicepresidenta de Recursos Humanos, está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar quejas relacionadas con derechos civiles dirigiéndose electrónicamente a The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en el <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede comunicarse por correo regular o por teléfono dirigiéndose a:

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Los formularios de queja están disponibles en el <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

SENIORCARE (COST)

SeniorCare (Cost) HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare depende de la renovación del contrato.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Las primas no se basan en edad, género o región geográfica. Las tarifas son sólo ilustrativas. Una persona no debe enviar dinero al emisor del beneficio de salud hasta que la persona complete una solicitud de cobertura.

La información de beneficio proporcionada aquí es un breve resumen, no una descripción completa de beneficios. Si desea más información, comuníquese con el plan. Límites, copagos y restricciones pueden aplicarse. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989). **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989). **CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Scott and White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.