



SeniorCare Advantage Select (HMO) ofrecido por Scott and White Health Plan

Aviso de beneficios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de SeniorCare (Cost) Select. Debido a que Scott and White Health Plan ya no ofrecerá un plan Cost en 2019, será inscrito como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO) en 2019. Se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 3.1 y 3.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 3.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar

planes de salud y medicamentos).

- Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y usted).
- Consulte la Sección 5.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

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

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

- Si desea **conservar** SeniorCare Advantage Select (HMO), no es necesario que haga nada. Permanecerá en SeniorCare Advantage Select (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, se lo inscribirá en SeniorCare Advantage Select (HMO).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en inglés.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- Esta información también está disponible en distintos formatos, (por ej., en tamaño de letra grande).
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de SeniorCare Advantage Select (HMO)

- SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a Scott and White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SeniorCare Advantage Select (HMO).

Aviso de beneficios para 2019**Resumen de costos importantes para 2019**

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para SeniorCare Advantage Select (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso de beneficios para 2019* y revisar la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 3.2 para obtener más detalles).	\$6,700	\$5,300
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Copago de \$20 por consulta. Consultas a especialistas: Copago de \$50 por consulta.	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: Copago de \$40 por consulta.
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de \$375 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Máximo que paga de su bolsillo por cuidados agudos de \$1,750 Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019		3
SECCIÓN 1	Estamos cambiando el nombre del plan	5
SECCIÓN 2	A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en SeniorCare Advantage Select (HMO) en 2019	5
SECCIÓN 3	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 3.1	Cambios en la prima mensual	5
Sección 3.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 3.3	Cambios en la red de proveedores	6
Sección 3.4	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
SECCIÓN 4	Cambios administrativos	14
SECCIÓN 5	Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 5.1	Si desea seguir inscrito en SeniorCare Advantage Select (HMO)	15
Sección 5.2	Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 6	Plazo para el cambio de plan	16
SECCIÓN 7	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 8	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 9	Preguntas	18
Sección 9.1	Cómo recibir ayuda de SeniorCare Advantage Select (HMO)	18
Sección 9.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	18

Aviso de beneficios para 2019**SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan**

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de SeniorCare (Cost) Select a SeniorCare Advantage Select (HMO). Recibirá una tarjeta de identificación nueva. Los cambios de los beneficios se encuentran resaltados a lo largo de este documento.

SECCIÓN 2 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en SeniorCare Advantage Select (HMO) en 2019

El 1 de enero de 2019, Scott and White Health Plan combinará SeniorCare (Cost) Select con uno de nuestros planes, SeniorCare Advantage Select (HMO).

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2018, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan SeniorCare Advantage Select (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2019, usted obtendrá su cobertura médica a través de SeniorCare Advantage Select (HMO). Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar, puede hacerlo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. También puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otro momento.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales con SeniorCare (Cost) Select y los beneficios que obtendrá a partir del 1 de enero de 2019 como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO).

SECCIÓN 3 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 3.1 Cambios en la prima mensual**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

Aviso de beneficios para 2019**Sección 3.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo**

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,700	\$5,300 Una vez que haya pagado \$5,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 3.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.

Aviso de beneficios para 2019

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 3.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios adicionales de exámenes de sangre para pacientes ambulatorios	Usted paga las primeras tres pintas de sangre, luego un coseguro del 20% del monto aprobado por Medicare por las pintas de sangre adicionales.	Usted paga un coseguro del 20% a partir de la primera pinta de sangre que necesite.
Servicios de ambulancia - Transporte aéreo - Costo compartido	Usted paga un copago de \$100 por cada servicio cubierto por Medicare. No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital.	Usted paga un copago de \$265 por cada servicio cubierto por Medicare. Se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital.
Servicios de ambulancia - Transporte terrestre - Costo compartido	Usted paga un copago de \$100 por cada servicio cubierto por Medicare. No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital.	Usted paga un copago de \$265 por cada servicio cubierto por Medicare. Se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital.
Examen físico de rutina anual - Costo compartido	Usted paga un copago de \$20.	El beneficio médico no está cubierto.
Servicios de quiropráctica - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Servicios de diagnóstico - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Servicios de diagnóstico - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 servicio de diagnóstico cada seis meses.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Extracciones - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un coseguro del 50%.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Extracciones - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 servicio cada cinco años.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Prostodoncia - Otras cirugías bucales/maxilofaciales - Otros servicios - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un coseguro del 50%.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos integrales - Prostodoncia - Otras cirugías bucales/maxilofaciales - Otros servicios - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 servicio cada cinco años.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos e integrales - Monto máximo del plan	El beneficio médico no está cubierto.	Crédito combinado de hasta \$1,500 por año para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales adicionales.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Radiografías dentales - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Radiografías dentales - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 radiografía cada tres años.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Exámenes bucales - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Exámenes bucales - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 examen bucal cada seis meses.
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Profilaxis (limpieza) - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos - Servicios odontológicos preventivos - Profilaxis (limpieza) - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 limpieza cada seis meses.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para la diabetes - Suministros para la diabetes - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para la diabetes - Zapatos terapéuticos o plantillas para la diabetes - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de emergencia - Costo compartido	Usted paga un copago de \$200 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$80 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios auditivos - Exámenes auditivos de rutina - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$40.
Servicios auditivos - Exámenes auditivos de rutina - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Se limita a 1 consulta por año.
Servicios auditivos - Evaluación/ colocación de audífonos - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Se limita a 1 consulta por año.
Servicios auditivos - Evaluación/ colocación de audífonos - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios auditivos - Audífonos - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios auditivos - Audífonos - Monto máximo del plan	El beneficio médico no está cubierto.	Crédito combinado de hasta \$1,000 para ambos oídos cada tres años para audífonos.
Servicios auditivos - Audífonos - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	El crédito se aplica una vez cada tres años.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios auditivos - Examen auditivo cubierto por Medicare - Costo compartido	Usted paga un copago de \$50 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención para pacientes hospitalizados - Costo compartido	Copago de \$375 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados - Días de reserva de por vida	No se requiere coseguro, copago ni deducible para obtener días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 y copago de \$350 por día para los días 6 a 60 para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.
Atención para pacientes hospitalizados - Máximo que paga de su bolsillo por categoría de servicio	No hay un máximo que paga de su bolsillo.	Máximo que paga de su bolsillo de hasta \$1,750 por cada estadía.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados - Costo compartido	Usted paga un copago de \$375 por día para los días 1 a 5 y un copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$318 por día para los días 1 a 5 y un copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes internados - Días de reserva de por vida	No se requiere coseguro, copago ni deducible para obtener días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	Copago de \$318 por día para los días 1 a 5 y copago de \$318 por día para los días 6 a 60 para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.
Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. Procedimientos o pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare.	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Servicios radiológicos de diagnóstico - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de entre \$75 y \$300 según el servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Servicios de laboratorio - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Servicios radiológicos para pacientes ambulatorios - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales - Costo compartido	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios no psiquiátricos - Sesiones individuales - Costo compartido	Usted paga un copago de \$15 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios - Servicios psiquiátricos - Sesiones individuales - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios - Terapia ocupacional - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios - Fisioterapia y patología del habla - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios - Sesiones grupales - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$45 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios - Sesiones individuales - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$45 por cada servicio cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios - Centro quirúrgico ambulatorio - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$275 por cada servicio cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$350 por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Se aplicará un coseguro del 20% a los servicios de transfusión.
Servicios de hospitalización parcial - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Otros profesionales de atención médica - Costo compartido	Usted paga un copago de \$50 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$45 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Atención primaria - Costo compartido	Usted paga un copago de \$20 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialistas - Costo compartido	Usted paga un copago de \$50 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de podiatría - Cubiertos por Medicare - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$45 por cada servicio cubierto por Medicare.

Aviso de beneficios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) - Costo compartido	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 y un copago de \$125 por día para los días 21 a 100 para la atención en un SNF cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20, y un copago de \$167.50 por día para los días 21 a 100 para la atención en un SNF cubierta por Medicare.
Servicios de urgencia - Costo compartido	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$50 por cada servicio cubierto por Medicare.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Lentes de contacto - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 12 cajas de lentes de contacto por año.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Monturas de anteojos- Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Monturas de anteojos - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 par de monturas de anteojos por año.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Lentes de contacto - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Lentes para anteojos - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 juego de lentes para anteojos por año.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Anteojos (lentes y monturas) - Costo compartido	El beneficio médico no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Anteojos (lentes y monturas) - Periodicidad	El beneficio médico no está cubierto.	Limitado a 1 par de anteojos (lentes y monturas) por año.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina - Monto máximo del plan	El beneficio médico no está cubierto.	Crédito combinado de hasta \$125 por año para todos los anteojos adicionales.
Cuidado de la vista - Examen de la vista cubierto por Medicare - Costo compartido	Usted paga un copago de \$50 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.

Aviso de beneficios para 2019**SECCIÓN 4 Cambios administrativos**

Proceso	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Los requisitos de autorización previa han cambiado.	Es posible que no se haya requerido autorización previa para diagnóstico por imágenes avanzado (PET/MRI/CT) y medicina nuclear; diagnóstico por imágenes para cardiología y determinados procedimientos relacionados; y procedimientos de tratamiento de articulaciones, columna vertebral y del dolor.	Se requiere autorización previa para diagnóstico por imágenes avanzado (PET/MRI/CT) y medicina nuclear; diagnóstico por imágenes para cardiología y determinados procedimientos relacionados; y procedimientos de tratamiento de articulaciones, columna vertebral y del dolor (excepto en casos de emergencias).
El número de teléfono del Servicio al cliente cambió. El número de teléfono del Servicio al cliente del año pasado continuará enviándolo a nuestro Centro de servicio.	1-888-423-7633	1-866-334-3141
El número de teléfono para pagar su prima por teléfono cambió.	1-877-255-1400	1-844-722-6251
El número TTY del Servicio al cliente cambió. El número TTY del Servicio al cliente del año pasado continuará enviándolo a nuestro Centro de servicio.	1-800-735-2989	711
Los requisitos para el tratamiento escalonado de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare han cambiado.	No se requería tratamiento escalonado.	Se requiere tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Requiere que usted primero pruebe con un medicamento menos costoso que ha resultado eficaz para la mayoría de las personas con su misma afección antes de que pueda subir un “escalón” para obtener un medicamento más costoso.

SECCIÓN 5 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 5.1 Si desea seguir inscrito en SeniorCare Advantage Select (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 5.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiarse, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- O BIEN, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 7), o llame a Medicare (consulte la Sección 9.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde, Scott and White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran en la Sección 9.1 de este folleto).
 - *O bien*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicios es posible que realicen un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, al SHIP se lo denomina Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) de Texas.

Este programa es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoramiento, defensa e información de salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (HICAP) de Texas, visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 8 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) de VIH de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 7 de este folleto).
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para recibir la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta. En Texas, la asistencia es brindada a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Llame al 1-800-255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 9 Preguntas

Sección 9.1 Cómo recibir ayuda de SeniorCare Advantage Select (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso de beneficios para 2019* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* para SeniorCare Advantage Select (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Se encuentra disponible una copia electrónica de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Recuerde, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

Sección 9.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 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.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Aviso de beneficios para 2019

Lea *Medicare & You* 2019 (Medicare y usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You* 2019 (Medicare y usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov> o 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.