

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

Resumen de beneficios

del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

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.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted 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, consulte la *Evidencia de Cobertura*, disponible en nuestro sitio web advantage.swhp.org desde el 15 de octubre de 2018.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre SeniorCare Advantage (HMO) 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 <https://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 Advantage (HMO)

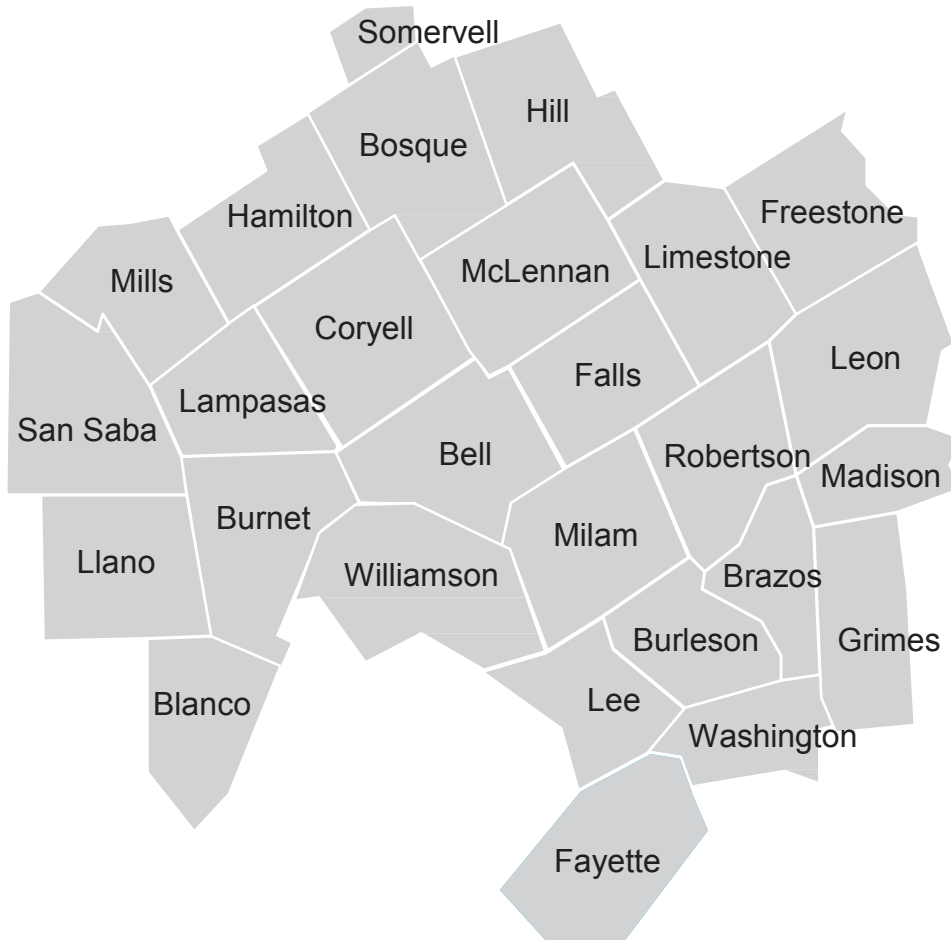
- Puede llamarnos de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- Si es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-866-334-3141 o al número TTY 711.
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-800-782-5068 o al número TTY 711.
- Nuestro sitio web: advantage.swhp.org

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

¿Quién puede inscribirse?

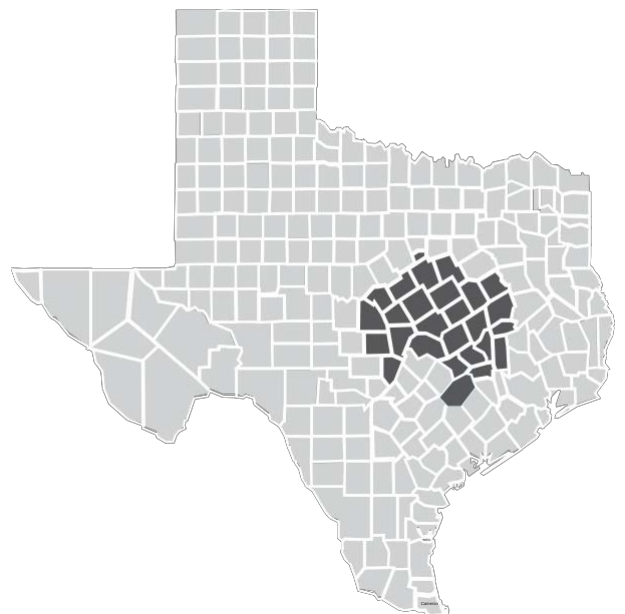
Para inscribirse en SeniorCare Advantage (HMO), debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y vivir dentro de nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

¿Cuál es el área de servicio para **SeniorCare Advantage HMO?**



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

Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, Williamson



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

SeniorCare Advantage (HMO) tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que pueden encontrarse en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Usted debe usar los proveedores y las farmacias de la red para los servicios cubiertos, a menos que esté autorizado por el plan.

¿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. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para 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 Advantage (HMO) cubre medicamentos de la Parte B y de la Parte D de Medicare. Es posible que se apliquen limitaciones.

¿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 haya llegado. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, advantage.swhp.org.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Prima mensual del plan</p> <p>Con cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Usted paga \$0 por mes.</p>	<p>Usted paga \$130 por mes.</p> <p>Usted paga \$90 por mes.</p>	<p>Usted paga \$240 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p>
Deducible	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (<i>no incluye medicamentos con receta</i>)	Usted paga \$5,300 por año.	Usted paga \$3,400 por año.	Usted paga \$3,400 por año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Días 1 a 5: Usted paga copago de \$350 por día. Días 6 a 90: No paga nada.	Usted paga un copago de \$450 por estadía.	No paga nada.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos			
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$275.	Usted paga un copago de \$100.	No paga nada.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Usted paga un copago de \$350.	Usted paga un copago de \$15.	No paga nada.
Consultas al médico			
Proveedores de atención primaria	Usted no paga nada por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted no paga nada por consulta.
Especialistas	Usted paga un copago de \$40 por consulta.	Usted paga un copago de \$15 por consulta.	Usted no paga nada por consulta.
Atención preventiva	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$80 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$120 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$120 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$50 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.	Usted paga un copago de \$40 por consulta. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/diagnóstico por imágenes			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	No paga nada.	Usted paga un copago de \$15.	No paga nada.
Servicios de laboratorio	No paga nada.	Usted paga un copago de \$15.	No paga nada.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ej.: IRM, TAC)	Usted paga un copago de \$75 a \$300 por consulta.	Usted paga un copago de \$0 a \$15 por consulta.	No paga nada.
Radiografías para pacientes externos	No paga nada.	Usted paga un copago de \$15.	No paga nada.
Servicios auditivos			
Examen auditivo cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$40 por el examen auditivo cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por el examen auditivo cubierto por Medicare.	No paga nada.
Examen auditivo de rutina	Usted paga un copago de \$40. Se limita a 1 consulta por año.	Usted paga un copago de \$15. Se limita a 1 consulta por año.	No paga nada. No hay límite de consultas por año.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Audífonos	Se cubre hasta \$1,000 para audífonos cada tres años.	Sin cobertura.	Se cubre hasta \$1,000 para audífonos cada tres años.
Servicios odontológicos			
Beneficio máximo anual	\$1,500	\$1,500	\$1,500
Deducible	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.
Exámenes o limpiezas bucales (cada seis meses)	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.
Radiografías odontológicas (cada tres años)	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.
Extracciones y empastes	Usted paga el 50% del costo.	Usted paga el 50% del costo.	Usted paga el 50% del costo.
Dentaduras (cada cinco años)	Usted paga el 50% del costo.	Usted paga el 50% del costo.	Usted paga el 50% del costo.
Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para ver los detalles completos sobre el beneficio odontológico.			
Servicios de la vista			
Anteojos	Los anteojos están cubiertos hasta \$125 por año.	Los anteojos están cubiertos hasta \$125 por año.	Los anteojos están cubiertos hasta \$125 por año.
Examen de la vista de rutina	Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año.	Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año.	Usted no paga nada por un examen de la vista de rutina por año.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Servicio de salud mental</p> <p>Consulta para pacientes internos</p> <p>Consulta de terapia individual o grupal para pacientes externos</p>	<p>Días 1 a 5: Usted paga copago de \$318 por día.</p> <p>Días 6 a 90: No paga nada.</p> <p>Usted paga un copago de \$40.</p>	<p>Usted paga un copago de \$450 por estadía.</p> <p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Días 1 a 20: No paga nada.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$167.50 por día.</p>	<p>Días 1 a 20: No paga nada.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$35 por día.</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>Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Usted paga un copago de \$25.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15.</p> <p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Ambulancia terrestre</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p>Usted paga un copago de \$265.</p> <p>Usted paga un copago de \$265.</p>	<p>Usted paga un copago de \$75.</p> <p>Usted paga un copago de \$75.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p> <p>Usted paga un copago de \$40.</p>
<p>Transporte (rutina adicional)</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Sin cobertura.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos para la quimioterapia</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Usted paga el 20% del costo.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No paga nada.</p>

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
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	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	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
Atención médica a domicilio	No paga nada.	No paga nada.	No paga nada.
Atención de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	No paga nada.

Remisiones y autorizaciones

No se necesitan remisiones de su proveedor de atención primaria para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, consulte la *Evidencia de Cobertura*, disponible en nuestro sitio web advantage.swhp.org desde el 15 de octubre de 2018.

Medicamentos con receta para pacientes externos						
	Select		Preferred		Premium	
Deducible	\$300 en los niveles 3, 4 y 5.		\$100 en los niveles 3, 4 y 5.		\$50 en los niveles 3, 4 y 5.	
Etapas de cobertura inicial (después de que usted paga su deducible, si corresponde)	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos anuales de sus medicamentos alcancen un total de \$3,820. Los costos anuales de los medicamentos son los costos totales de los medicamentos que pagan usted y su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedidos por correo.					
	Suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Suministro para 90 días, pedido por correo	Suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Suministro para 90 días, pedido por correo	Suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Suministro para 90 días, pedido por correo
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$6.	Usted paga un copago de \$12.	Usted paga un copago de \$3.	Usted paga un copago de \$6.	Usted paga un copago de \$2.	Usted paga un copago de \$4.
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$30.	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.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$90.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$90.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un copago de \$100.	Usted paga un copago de \$200.	Usted paga un copago de \$95.	Usted paga un copago de \$190.	Usted paga un copago de \$95.	Usted paga un copago de \$190.
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible	Usted paga el 31% del costo.	No disponible	Usted paga el 32% del costo.	No disponible
Período sin cobertura	<p>En los planes Select y Preferred, luego de que los costos totales de los medicamentos (incluidos los que ha pagado nuestro plan y los que ha pagado usted) alcancen los \$3,820, usted no pagará más que un coseguro del 37% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.</p> <p>En el plan Premium, luego de que los costos totales de los medicamentos (incluidos los que ha pagado nuestro plan y los que ha pagado usted) alcancen los \$3,820, usted pagará \$4 por los medicamentos del Nivel 1. Por los medicamentos que no estén en el Nivel 1, usted no pagará más que un coseguro del 37% por medicamentos genéricos o un coseguro del 25% por medicamentos de marca.</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 \$5,100, usted pagará el monto que sea mayor entre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un coseguro del 5% o • Un copago de \$3.40 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.50 por 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 ingrese 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.

Lista de control antes de inscribirse

Antes de decidir sobre su inscripción, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711) de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Entienda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite advantage.swhp.org o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta en este momento estén dentro de la red. Si no están incluidos, es probable que tenga que elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para los medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está incluida, es probable que tenga que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.

Entienda las reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se descuenta de su cheque de Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020
- Salvo en situaciones de urgencia o emergencia, no cubrimos servicios brindados por proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).



Asistencia lingüística

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711).

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: 711).

Chinese:

注意: 如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141(TTY:711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-334-3141 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-334-3141 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

Urdu:

1-866-334-3141 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (TTY: 711)۔

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: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दे: यद्‌आप हद्‌दी बोलते है तो आपके लद्‌ए मुफ्त मे भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध है। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करे।

Persian:

1-866-334-3141 تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711)

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો. 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 711).

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:711)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: 711).



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711).

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 no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-254-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
Scott and White Health Plan
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o
<https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento de SWHP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.