



2020 Resumen de Beneficios

---

# SENIORCARE

## ADVANTAGE • PPO

---



Scott & White  
HEALTH PLAN



Part of  
Baylor Scott & White  
HEALTH

# **El presente es un resumen de servicios de medicamentos y salud cubiertos en el plan SeniorCare Advantage PPO, ofrecido por el Plan de salud Scott and White.**

## **Resumen de beneficios**

### **Desde 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020**

SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por el Plan de salud Scott and White, mediante su subsidiaria Insurance Company of Scott and White, 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 lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está disponible en nuestro sitio web en [advantage.swhp.org](https://www.advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2019.

### **Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que SeniorCare Advantage PPO cubre y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien use el Buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y de los costos de Original Medicare, consulte en su manual actual la sección “**Medicare y usted**”. Consulte la información en el sitio web <https://www.medicare.gov> o solicite una copia por teléfono 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.

### **Lo que debe saber acerca de SeniorCare Advantage PPO**

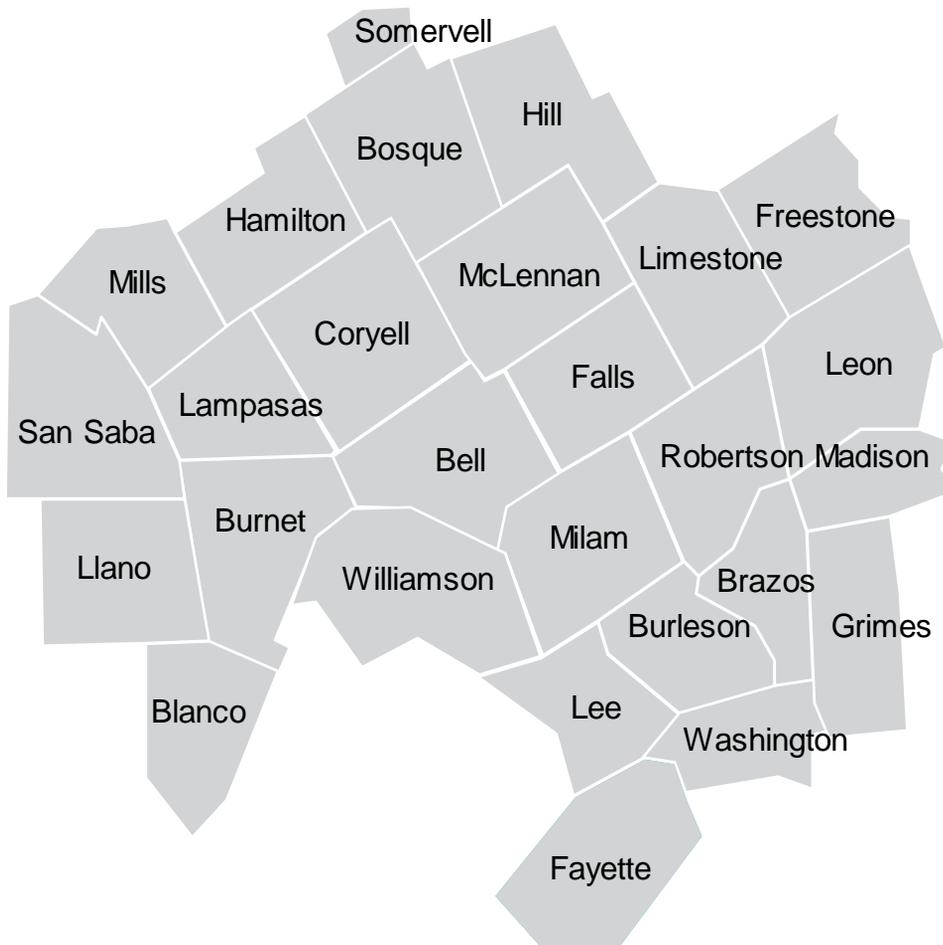
- Si usted es miembro de este plan, puede comunicarse con nosotros llamando a la línea gratuita al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (sin incluir los días feriados principales).
- Si usted no es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-800-782-5068 o TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Nuestro sitio web: [advantage.swhp.org](https://www.advantage.swhp.org)

El presente documento está disponible en diferentes formatos, por ejemplo, en letras grandes. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

### **¿Quién puede unirse?**

Para unirse a SeniorCare Advantage PPO, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burlson, 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 Central Texas SeniorCare Advantage PPO?



## Los condados en el área de servicio se indican 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 y Williamson



## **¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?**

SeniorCare Advantage PPO tiene un directorio de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red que puede encontrar en nuestro sitio web, en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org). Puede usar proveedores dentro y fuera de la red.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a miembros de SeniorCare Advantage PPO, salvo en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

## **¿Qué cubrimos?**

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

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. En el caso de algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más que lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales están detallados en este folleto.

SeniorCare Advantage PPO cubre los medicamentos de la Parte B y de la Parte D de Medicare. Es posible que se apliquen determinadas limitaciones.

## **¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?**

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco “niveles”. Necesitará usar su lista de medicamentos para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Usted puede ver la lista de medicamentos del plan completo (lista de todos los medicamentos con receta médica de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org).

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<b>Prima mensual del plan</b>	\$36 por mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$136 por mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga \$750 por servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>
<b>Responsabilidad máxima de bolsillo (no incluye medicamentos con receta médica)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$6,700 anualmente.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga \$10,000 anualmente. Los gastos máximos de bolsillo no excederán los \$10,000 por servicios dentro y fuera de la red combinados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$3,500 anualmente.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga \$10,000 anualmente. Los gastos máximos de bolsillo no excederán los \$10,000 por servicios dentro y fuera de la red combinados.</p>
<b>Cobertura de internación hospitalaria</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 5: \$350 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 a 5: Usted paga 35% de coseguro. Días 6 a 90: Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 4: \$200 de copago por día. Días 5 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 a 5: Usted paga 25% de coseguro. Días 6 a 90: Usted paga 25% de coseguro.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$275.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$350.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$100.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>
<p><b>Visitas al médico</b></p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro por visita.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro por visita.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro por visita.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro por visita.</p>
<p><b>Atención preventiva</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro por visita.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro por visita.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>
<b>Servicios necesarios con urgencia</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b></p> <p>Procedimientos y análisis de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<p>Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, RM, TC)</p> <p>Radiografías ambulatorias</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75 a \$300.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 a \$200.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Examen de audición cubierto por Medicare</p> <p>Examen de audición de rutina</p> <p>Audífonos</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40 por examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0. Se limita hasta 1 visita por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p>\$1,000 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0. Se limita hasta 1 visita por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p>\$1,000 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Prima mensual</p> <p>Beneficio máximo anual</p> <p>Deducible</p> <p>Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)</p> <p>Radiografías dentales (cada tres años)</p> <p>Extracciones y rellenos</p> <p>Dentadura postiza (cada cinco años)</p> <p>Los beneficios para servicios dentales son administrados y pagados por Metropolitan Life Insurance Company. Aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener los detalles completos sobre el beneficio dental.</p>	<p>Cubierto con una prima adicional. Consulte “Dental – Beneficio complementario opcional” a continuación.</p>	<p>Incluido.</p> <p>\$2,000 por año.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro.</p> <p>Usted paga 50% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de visión</b></p> <p>Anteojos</p> <p>Examen ocular de rutina</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red combinados</b></p> <p>\$125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red combinados</b></p> <p>\$125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <p>Visita como paciente internado</p> <p>Visita de terapia grupal o individual como paciente ambulatorio</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 5: \$318 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro por estadía.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$40.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 5: \$200 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro por estadía.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>
<p><b>Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 20: \$0 de copago por día.  Días 21 a 100: \$167.50 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 a 20: Usted paga 35% de coseguro por día.  Días 21 a 100: Usted paga 35% de coseguro por día.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Días 1 a 20: \$0 de copago por día.  Días 21 a 100: \$50 de copago por día.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Días 1 a 20: Usted paga 25% de coseguro por día.  Días 21 a 100: Usted paga 25% de coseguro por día.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p> <p>Visita de terapia ocupacional</p> <p>Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage Basic	SeniorCare Advantage Platinum
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Ambulancia por tierra</p> <p>Ambulancia aérea</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$350.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$350.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$75.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>
<p><b>Transporte (rutina adicional)</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> No cubiertos.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubiertos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> No cubiertos.</p> <p><b>Fuera de la red</b> No cubiertos.</p>
<p><b>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Medicamentos para quimioterapia</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted paga 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.</p>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>SeniorCare Advantage Basic</b>	<b>SeniorCare Advantage Platinum</b>
<b>Programas de bienestar (por ejemplo, acondicionamiento físico)</b>	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que proporciona a los miembros una membresía gratis al gimnasio en los gimnasios participantes de su área. Este beneficio no tiene un costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de acondicionamiento físico que proporciona a los miembros una membresía gratis al gimnasio en los gimnasios participantes de su área. Este beneficio no tiene un costo adicional para usted.
<b>Atención de salud en el hogar</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>  Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.
<b>Servicios de telemedicina – Visita de atención primaria</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de copago.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de copago.
<b>Servicios de tratamiento de opiáceos</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 35% de coseguro.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$45.  <b>Fuera de la red</b> Usted paga 25% de coseguro.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

### **Remisiones y autorizaciones**

Las remisiones de su proveedor primario por servicios no son requeridos; sin embargo, muchos servicios requieren una autorización previa. Para obtener los detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está disponible en nuestro sitio web, en [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) antes del 15 de octubre de 2019.

<b>Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios</b>				
	<b>Basic</b>		<b>Platinum</b>	
<b>Deducible</b>	\$250 se aplica a los niveles 3 a 5.		\$50 se aplica a los niveles 3 a 5.	
<b>Cobertura inicial</b> (después de que pague su deducible, si corresponde)	<p>Permanece en esta etapa hasta que los costos de medicamentos anuales den un total de \$4,020. Los costos totales de medicamentos al año son los costos de medicamentos totales pagados por usted y por la Parte D del plan. Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p> <p>Los costos pueden diferir en función del tipo o del estado de la farmacia (por ejemplo, pedido por correo, atención a largo plazo (LTC) o infusión en el hogar, y suministro para 30 o 90 días).</p>			
	<b>Suministro estándar minorista para 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo para 90 días</b>	<b>Suministro estándar minorista para 30 días</b>	<b>Suministro de pedido por correo para 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	Usted paga \$3.	Usted paga \$6.	Usted paga \$2.	Usted paga \$4.
<b>Nivel 2</b> (Genérico)	Usted paga \$14.	Usted paga \$28.	Usted paga \$12.	Usted paga \$24.
<b>Nivel 3</b> (De marca preferido)	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
<b>Nivel 4</b> (No preferido)	Usted paga \$99.	Usted paga \$198.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
<b>Nivel 5</b> (De especialidad)	Usted paga 28%.	No disponible	Usted paga 32%.	No disponible
<b>Etapa sin cobertura</b>	<p>Para los planes Basic, después de que sus costos de medicamentos totales (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen \$4,020, no pagará más de 25% de coseguro para los medicamentos genéricos o 25% de coseguro para los medicamentos de marca.</p> <p>Para el plan Platinum, después de que sus costos de medicamentos totales (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen \$4,020, usted pagará \$4 por los medicamentos de Nivel 1. Para los medicamentos que no están en el Nivel 1, no pagará más de 25% de coseguro para los medicamentos genéricos o 25% de coseguro para los medicamentos de marca.</p>			
<b>Cobertura por eventos catastróficos</b>	<p>Después de que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos (lo que incluye medicamentos comprados en su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$6,350, usted paga la suma que sea mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>			

### Información sobre su beneficio de medicamentos con receta médica

Le alentamos a que nos informe de inmediato si, después de convertirse en miembro, usted tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos con receta médica. Para obtener asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141, de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que usted elige y cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de la farmacia y las fases del beneficio, comuníquese con nosotros o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

### Dental – Beneficio complementario opcional

La cobertura dental es un beneficio complementario opcional para el plan SeniorCare Advantage PPO Basic, que está disponible por \$20 adicionales por mes.

Servicios dentales	SeniorCare Advantage Basic
Prima mensual	\$20 por mes.
Beneficio máximo anual	\$2,000
Deducible	Usted paga \$0.
Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)	Usted paga un copago de \$0.
Radiografías dentales (cada tres años)	Usted paga un copago de \$0.
Extracciones y rellenos	Usted paga 50% de coseguro.
Dentadura postiza (cada cinco años)	Usted paga 50% de coseguro.

Los beneficios para servicios dentales son administrados y pagados por Metropolitan Life Insurance Company. Aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener los detalles completos sobre el beneficio dental.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711) de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

### Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente por aquellos servicios por los que normalmente consulta a un médico. Visite [advantage.swhp.org](http://advantage.swhp.org) o llame al 1-866-334-3141 para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o solicítelo a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no están incluidos, significa que probablemente tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa por cualquier medicamento con receta médica está en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprender las normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se saca de su cheque de Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el Directorio de proveedores).
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.





## 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:
  - 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 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org](mailto: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:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer  
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 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 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

## 2020 Star Ratings

### Scott and White Health Plan - H2032

#### Calificaciones por estrellas Medicare 2020\*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2020, Scott and White Health Plan recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.



3.5 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Scott and White Health Plan

Servicios de Planes de Salud:  4.5 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos:  3 estrellas

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

	5 estrellas - excelente
	4 estrellas - por encima del promedio
	3 estrellas - promedio
	2 estrellas - por debajo del promedio
	1 estrella - malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Usted nos puede contactar 7 días a la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central al 866-334-3141 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto).

Miembros actuales por favor llamar al 866-334-3141 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

\*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria Insurance Company of Scott and White, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711). 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).

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.

# 2020 Resumen de Beneficios

## SeniorCare Advantage PPO

Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MAPD)

SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria Insurance Company of Scott and White, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

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

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros de SeniorCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Atención al Cliente o consulte su Prueba de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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.



Part of  
 **Baylor Scott & White** HEALTH