



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

Notificación anual de cambios para 2020

Usted está inscrito actualmente como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante hacer una revisión de su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla con sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Estos cambios influyen en los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de su plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Los médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales o demás proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense sobre sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta médica que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y costos de los planes en su zona.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Encuentre planes de salud y medicamentos”.
 - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **conservar** SeniorCare Advantage Select (HMO), no necesita hacer nada. Permanecerá en SeniorCare Advantage Select (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y 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 2019**

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio al cliente llamando al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales).
- La presente información está disponible en diferentes formatos (p. ej. en letras grandes).
- **La cobertura que ofrece este plan califica como cobertura habilitante de salud (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (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 el Plan de salud Scott and White, una Organización Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- A lo largo de este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refieren a Scott and White Health Plan. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a SeniorCare Advantage Select (HMO).

Resumen de los costos importantes para 2020

La tabla que aparece a continuación contiene los costos de 2019 comparados con los costos de 2020 de SeniorCare Advantage Select (HMO) en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web se incluirá una copia de la *Evidencia de cobertura*, en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección .2 para obtener más detalles.)	\$5,300	\$5,300
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita.	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente internado Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que es hospitalizado formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Máximo por cuidados intensivos De bolsillo \$1,750 por cada estadía.</p> <p>Días 1 a 5: \$350 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p>	<p>Máximo por cuidados intensivos De bolsillo \$1,750 por cada estadía.</p> <p>Días 1 a 5: \$350 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p>

Notificación anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de los costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	4
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	5
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	7
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	8
Sección 3.1 – Si desea quedarse en SeniorCare Advantage Select (HMO).....	8
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	8
SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiar de plan	9
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	10
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica	10
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	12
Sección 7.1 – Obtener ayuda de SeniorCare Advantage Select (HMO).....	12
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	12

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Prima mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar cuánto paga de su “bolsillo” a lo largo del año. Este límite se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$5,300	\$5,300
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$5,300 los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores de 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo con buena intención para notificarle al menos 30 días antes que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.
- Le brindaremos asistencia en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Para el próximo año, introduciremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos. La información presentada a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare; preventivos)	Cuenta con una cobertura de hasta \$1,500 por año.	Cuenta con una cobertura de hasta \$2,000 por año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Atención de emergencia	<p>Usted paga \$80 de copago por cada visita de atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en un hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.</p> <p>En caso de recibir atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesitar servicios de hospitalización una vez estabilizada su afección de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que seguir recibiendo cobertura por su atención o deberá recibir los servicios de hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible en Estados Unidos</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por cada visita de atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en un hospital por la misma afección dentro de las 24 horas.</p> <p>En caso de recibir atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesitar servicios de hospitalización una vez estabilizada su afección de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que seguir recibiendo cobertura por su atención o deberá recibir los servicios de hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio solo está disponible en Estados Unidos</p>
Servicios de audición (Examen de audición de rutina)	<p>Usted paga \$40 de copago por cada examen de audición de rutina.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina.</p>
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos	<p>No ofrecido.</p>	<p>Usted paga \$45 de copago por los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Productos que no requieren receta médica (No cubiertos por Medicare)	No ofrecido.	\$30 asignación para los medicamentos que no requieren receta médica por trimestre del año (cada tres meses); debe usar la tarjeta de la red OTC en los minoristas participantes; se aplican determinadas restricciones.
Servicios de telemedicina – Servicios de médico de atención primaria	No ofrecido.	Usted paga \$0 de copago por los servicios de telemedicina.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Requisito de autorización previa para servicios quiroprácticos	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para servicios de terapia ocupacional	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para servicios psiquiátricos	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para enemas de bario cubiertos por Medicare	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para exámenes rectales digitales	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Autorización previa requerida para ECG cubierto por Medicare después de la visita de bienvenida	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Tratamiento escalonado con medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare	<p>Puede ser necesario un tratamiento escalonado.</p> <p>El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Requiere que usted al menos pruebe un medicamento más económico de probada eficacia para la mayoría de las personas que padecen la misma afección que usted antes de subir un “escalón” hacia un medicamento más costoso.</p>	El tratamiento escalonado ya no es necesario.
Horario de Servicio al cliente	Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.	Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales).

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea quedarse en SeniorCare Advantage Select (HMO)

Para quedarse en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no opta por suscribirse en un plan distinto o cambiar a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2020.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos contarle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- -- *O*-- puede optar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría haber una multa potencial por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área usando el Buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Revise y compare sus opciones de cobertura”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, el Plan de salud Scott and White ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud diferente de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica, debe o bien:
 - Envíenos por escrito una solicitud de cancelación de inscripción. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – *o* – ponerse en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.

¿Es posible hacer un cambio en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, con Medicaid, los que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que han dejado o están por dejar de recibir la cobertura del empleador y los que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Texas, al SHIP se le llama Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales **de manera gratuita** a personas con Medicare. Los consejeros del Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo con sus consultas o problemas referidos a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas referidas a cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP), visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para medicamentos con receta médica. A continuación, enumeramos distintos 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 sus

medicamentos con receta médica. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales del plan de medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán la multa por brecha de cobertura ni inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a
 - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa estatal de asistencia de farmacia para el VIH de Texas (Texas HIV State Pharmacy Assistance Program, SPAP) y Programa de atención médica renal que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta médica según sus necesidades económicas, edad o afección médica. Para obtener más información sobre estos programas, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
 - **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA elegibles para el ADAP a acceder a medicamentos para tratar el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta médica. Texas cuenta con dos programas: el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) y del Programa de atención médica renal. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en los programas, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) al 1-800-255-1090 o al Programa de atención médica renal al 1-800-222-3896. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, entre ellos prueba de la residencia en el estado y condición con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si está actualmente inscrito en un ADAP, el programa puede continuar proporcionándole asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D para medicamentos que se encuentren en el formulario de ADAP. Para seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripción de su ADAP local cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza. Para el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP), llame al 1-800-255-1090. Para el Programa de atención médica renal, llame al 1-800-222-3896.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en estos programas, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090 o al Programa de atención médica renal al 1-800-222-3896.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de SeniorCare Advantage Select (HMO)

¿Tiene preguntas? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2020 (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

La presente *Notificación anual de cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura* 2020 para SeniorCare Advantage Select (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. En nuestro sitio web se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*, en advantage.swhp.org. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

Sección 7.2 – Obtener 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), disponible 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>). Incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encuentre planes de salud y medicamentos.”)

Lea Medicare y Usted 2020

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, se envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Es un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas formuladas con mayor frecuencia sobre Medicare. Si 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



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

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>.