



2020 Resumen de Beneficios

SENIORCARE ADVANTAGE • HMO



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 HMO, 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 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.

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 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 HMO 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 HMO

- 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

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 HMO, 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, 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 indican a continuación:

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



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

SeniorCare Advantage HMO tiene un directorio de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red que puede encontrar en nuestro sitio web, en advantage.swhp.org. Debe usar los proveedores y farmacias de la red para los servicios cubiertos, excepto que esté autorizado por el Plan.

¿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 HMO 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.

Primas y beneficios	Selecto	Preferido	Prima
<p>Prima mensual del plan</p> <p>Con cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>Sin cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>Debe seguir pagando su 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 \$131 por mes.</p> <p>Usted paga \$90 por mes.</p>	<p>Usted paga \$241 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p>
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Responsabilidad máxima de bolsillo (no incluye medicamentos con receta médica)	Usted paga \$5,300 anualmente.	Usted paga \$3,900 anualmente.	Usted paga \$3,400 anualmente.
Cobertura de internación hospitalaria	<p>Días 1 a 5: \$350 de copago por día.</p> <p>Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p>	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga un copago de \$0 por estadía.
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Centro de cirugía ambulatoria</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$275.</p> <p>Usted paga un copago de \$350.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100.</p> <p>Usted paga un copago de \$15.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p>
<p>Visitas al médico</p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>
Atención preventiva	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.

Primas y beneficios	Selecto	Preferido	Prima
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>
Servicios necesarios con urgencia	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.</p>
Servicios/análisis/imágenes de diagnóstico			
Análisis de diagnóstico y Procedimientos	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de laboratorio	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, RM, TC)	Usted paga un copago de \$75 a \$300 por visita.	Usted paga un copago de \$0 a \$15 por visita.	Usted paga un copago de \$0.
Radiografías ambulatorias	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de audición			
Examen de audición cubierto por Medicare	Usted paga un copago de \$40 por un examen de audición cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por un examen de audición cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición cubierto por Medicare.
Examen de audición de rutina	Usted paga un copago de \$0. Se limita hasta 1 visita por año.	Usted paga un copago de \$0. Se limita hasta 1 visita por año.	Usted paga un copago de \$0. Visitas ilimitadas cada año.

Primas y beneficios	Selecto	Preferido	Prima
Audífonos	<p>Con cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D: \$750 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.</p> <p>Sin cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D: \$1,000 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.</p>	\$1,000 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.	\$1,000 de asignación para la compra de audífonos cada tres años.
<p>Servicios dentales</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>\$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>\$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>\$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>

Primas y beneficios	Selecto	Preferido	Prima
Servicios de visión			
Anteojos	\$125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.	\$125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.	\$125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.
Examen ocular de rutina	Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen ocular de rutina por año.
Servicios de salud mental			
Visita como paciente internado	Días 1 a 5: \$318 de copago por día. Días 6 a 90: \$0 de copago por día.	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga un copago de \$0 por estadía.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)	Días 1 a 20: \$0 de copago por día. Días 21 a 100: \$167.50 de copago por día.	Días 1 a 20: \$0 de copago por día. Días 21 a 100: \$50 de copago por día.	Días 1 a 20: \$0 de copago por día. Días 21 a 100: \$15 de copago por día.
Fisioterapia			
Visita de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de ambulancia			
Ambulancia por tierra	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Transporte (rutina adicional)	No cubiertos.	No cubiertos.	No cubiertos.

Primas y beneficios	Selecto	Preferido	Prima
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare Medicamentos para la quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga 20% de coseguro. Usted paga 20% de coseguro.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.
Programas de bienestar (por ejemplo, acondicionamiento físico)	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.	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.
Atención de salud en el hogar	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de telemedicina – Visita de atención primaria	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de tratamiento de opiáceos	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$0.

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 antes del 15 de octubre de 2019.

Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios						
	Selecto		Preferido		Prima	
Deducible	\$300 se aplica a los niveles 3 a 5.		\$100 se aplica a los niveles 3 a 5.		Sin deducible.	
Cobertura inicial (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>					
	Suministro estándar minorista para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días	Suministro estándar minorista para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días	Suministro estándar minorista para 30 días	Suministro de pedido por correo para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$6.	Usted paga \$12.	Usted paga \$3.	Usted paga \$6.	Usted paga \$2.	Usted paga \$4.
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$40.	Usted paga \$15.	Usted paga \$30.	Usted paga \$12.	Usted paga \$24.
Nivel 3 (De marca preferido)	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
Nivel 4 (No preferido)	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible	Usted paga el 31% del costo.	No disponible	Usted paga el 33% del costo.	No disponible
Etapa sin cobertura	<p>Para los planes Selecto y Preferido, 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 Premium, 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>					

Cobertura por eventos catastróficos	<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"> • 5% de coseguro, o • 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.
--	---

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.

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 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).



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>.

2020 Star Ratings

Scott and White Health Plan - H8142

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.

★★★★★
4.5 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: ★★★★★
4.5 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.

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 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.

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

Medicare Advantage (MA) Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MAPD)

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.

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

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra 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