

SENIORCARE Advantage PPO – NORTH TEXAS

2019 Resumen de Beneficios



Scott & White
HEALTH PLAN



Baylor Scott & White
HEALTH

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

Resumen de beneficios

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

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 con 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 (PPO) 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 (PPO)

- 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

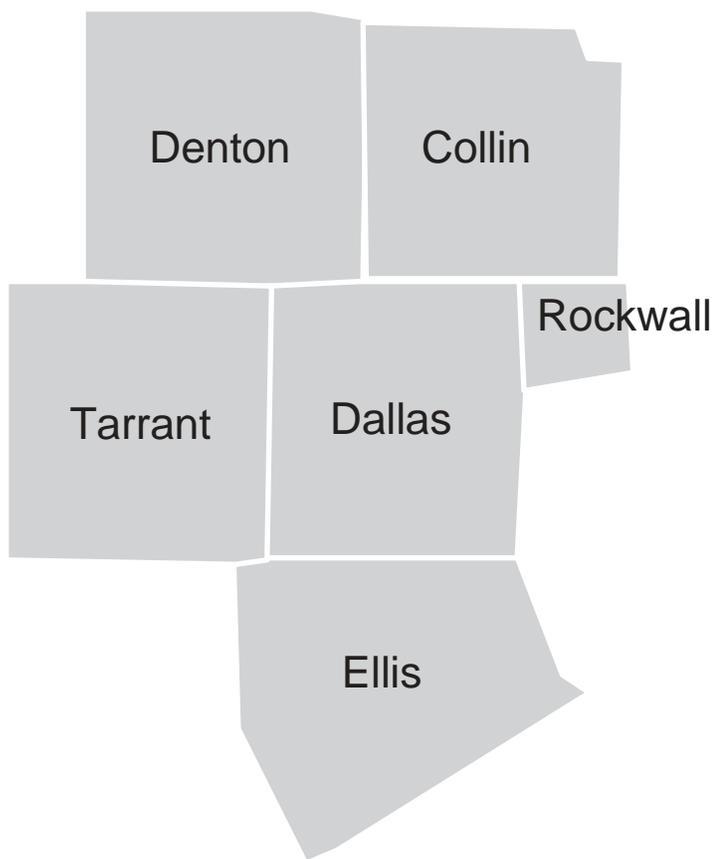
Este documento está disponible en otros formatos como en tamaño de letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea español.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en SeniorCare Advantage (PPO), 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: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall y Tarrant.

¿Cuál es el área de servicio en el área norte de Texas de

SeniorCare Advantage PPO?



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall y Tarrant



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

SeniorCare Advantage (PPO) 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 puede usar proveedores dentro de la red o fuera de la red.

¿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 (PPO) 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	SeniorCare Advantage
Prima mensual del plan	\$41 por mes. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Dentro de la red No paga nada. Fuera de la red Usted paga \$750 por servicios no cubiertos por Medicare.
Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Dentro de la red Usted paga \$6,200 por año. Fuera de la red Usted paga \$10,000 por año. El monto máximo que paga de su bolsillo no excederá los \$10,000 para servicios combinados dentro de la red y fuera de red.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Dentro de la red Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$350 por día. Días 6 a 90: No paga nada. Fuera de la red Días 1 a 5: Usted paga el 35% del costo. Días 6 a 90: Usted paga el 35% del costo.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Centro quirúrgico ambulatorio Servicios hospitalarios para pacientes externos	Dentro de la red Usted paga un copago de \$250. Fuera de la red Usted paga el 35% del costo. Dentro de la red Usted paga un copago de \$350. Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (por ej.: IRM, TAC)</p> <p>Radiografías para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red No paga nada.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red No paga nada.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$75 a \$300 por consulta.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red No paga nada.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Examen auditivo cubierto por Medicare</p> <p>Examen auditivo de rutina</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$40 por el examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red No paga nada. Se limita a 1 consulta por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)	<p>Dentro de la red Días 1 a 20: No paga nada. Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$167.50 por día.</p> <p>Fuera de la red Días 1 a 20: Usted paga el 35% del costo por día. Días 21 a 100: Usted paga el 35% del costo por día.</p>
Fisioterapia Consulta de terapia ocupacional Consulta de fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$350.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$350.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>
Transporte (rutina adicional)	<p>Dentro de la red Sin cobertura.</p> <p>Fuera de la red Sin cobertura.</p>

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
<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>Dentro de la red Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p> <p>Dentro de la red Usted paga el 20% del costo.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>
<p>Programas de bienestar (por ej.: acondicionamiento físico)</p>	<p>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 adicional para usted.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p>	<p>Dentro de la red No paga nada.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>
<p>Atención de los pies (servicios de podiatría)</p> <p>Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red Usted paga el 35% del costo.</p>

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		
Deducible	\$300 en los niveles 3, 4 y 5.	
Etapa 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
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$8.
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Usted paga un copago de \$14.	Usted paga un copago de \$28.
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$94.
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Usted paga un copago de \$99.	Usted paga un copago de \$198.
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible
Período sin cobertura	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 en cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.	
Cobertura en situaciones catastróficas	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: <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.

Odontología: beneficios complementarios opcionales

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

Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de servicios odontológicos. Se aplican exclusiones y limitaciones. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para ver los detalles completos sobre el beneficio odontológico.

Servicios odontológicos	SeniorCare Advantage (PPO)
Prima mensual	\$20 por mes
Beneficio máximo anual	\$2,000
Deducible	No paga nada.
Exámenes o limpiezas bucales (cada seis meses)	No paga nada.
Radiografías odontológicas (cada tres años)	No paga nada.
Extracciones y empastes	Usted paga el 50% del costo.
Dentaduras (cada cinco años)	Usted paga el 50% del costo.

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).
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). No obstante, si bien pagaremos por los servicios cubiertos que le brinde un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Salvo en situaciones de urgencia o emergencia, los proveedores no contratados podrán negarle la atención. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios brindados por proveedores no contratados.



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

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 بگیریید. 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 નિઃશુલ્ક 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>.

2019 Resumen de Beneficios

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.

La información de beneficio proporcionada aquí es un breve resumen, no una descripción completa de beneficios. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711) para obtener más información. Límites, copagos y restricciones pueden aplicarse. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiaren cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

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

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

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



Scott & White
HEALTH PLAN



Baylor Scott & White
HEALTH

Scott and White Health Plan - H2032

Calificaciones por estrellas Medicare 2019*

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 2019, Scott and White Health Plan recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

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: El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

Servicios de Planes de Medicamentos: El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

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 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.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Gracias por aceptar reunirse con un agente autorizado de seguros, que tiene contrato con Scott and White Health Plan o es empleado de este. Durante la reunión, usted no tiene la obligación de inscribirse en un plan. El agente de ventas no lo inscribirá automáticamente en ningún plan que le presente. El estado actual o futuro de su inscripción en Medicare no se verá afectado.

A continuación, escriba sus iniciales junto al tipo de producto que desea que el agente le explique.

_____ Plan de Costo de Medicare y Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

_____ Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

_____ Plan Dental Suplementario Opcional

Firma del beneficiario o representante autorizado, número de teléfono y fecha de la firma:

_____ (____) _____
Firma Número de teléfono Fecha de la firma

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete la información a continuación en letra de imprenta:

_____ Nombre del representante (*letra de imprenta*)

_____ Su relación con el beneficiario

To be completed by Agent / Información que debe completar el agente:

_____ Beneficiary Name / Nombre del beneficiario

_____ Beneficiary Phone (optional) / Teléfono del beneficiario (opcional)

_____ Beneficiary Address (optional) / Dirección del beneficiario (opcional)

_____ Initial Method of Contact (indicate if beneficiary was a walk-in) / Método inicial de contacto (indique si el beneficiario se acercó sin tener una cita)

_____ Where the walk-in took place (i.e., agent's office) / Lugar al que el beneficiario se acercó sin una cita (por ejemplo, la oficina del agente)

_____ Plan(s) the agent represented during this meeting / Plan(es) que el agente presentó durante la reunión

_____ Agent Name / Nombre del agente

_____ Agent Phone / Teléfono del agente

_____ Date Appointment Completed / Fecha en que se completó la cita

_____ Agent Writing # or NPN / N.º de agente del seguro o NPN

_____ Agent Signature / Firma del agente

Plan Use Only / Para uso exclusivo del plan

El documento Scope of Appointment (SOA, Alcance de una cita) está sujeto a los requisitos de retención de archivos de los CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).

Agente: Si el beneficiario firmó el formulario durante la cita, asegúrese de explicar por qué no se documentó el SOA antes de la cita.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS



Descripciones del plan

Planes Medicare Advantage con Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.
- **Plan de Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (PPO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B e incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO cuentan con médicos y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, por lo general, a un costo mayor.

Planes Medicare Advantage sin Planes de Medicamentos Recetados de la Parte D

- **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO):** Un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B, pero no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Excepto en casos de emergencia, usted solo puede obtener atención de los médicos u hospitales de la red del plan.

Plan Dental Suplementario Opcional

El plan ofrece beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir las necesidades de servicios dentales. Este plan no está afiliado ni vinculado a Medicare. No es un plan dental independiente.

Scott and White Health Plan y su subsidiaria, Insurance Company of Scott and White, son organizaciones de Medicare Advantage con contratos de Medicare. Scott and White Health Plan ofrecen planes HMO. Insurance Company of Scott and White ofrece planes PPO. La inscripción en Scott and White Health Plan o Insurance Company of Scott and White depende de la renovación del contrato.

El seguro dental se proporciona mediante Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). Cada aseguradora tiene responsabilidad económica por sus propios productos.

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.

Comuníquese con Scott and White Health Plan si necesita información en otro idioma o formato.

1 Para Inscribirse en SeniorCare Advantage, Sírvase Proporcionar la Siguiete Información:

Marque con una "X" el plan médico en el cual desea inscribirse:

- SeniorCare Advantage PPO (North Texas) \$41**
 SeniorCare Advantage PPO w/Dental (North Texas) \$61

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo: _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de Nacimiento: (__ / __ / __ __) (MES / DÍA / AÑO)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Teléfono (en casa): ()	Otro Número de Teléfono: ()
--	--	--------------------------------------	---------------------------------

Dirección Permanente de Domicilio: (No puede ser un buzón de correo o "P.O. Box")

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (solo de ser diferente a su domicilio permanente):

Número y Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____ **Parentesco con Usted:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

2 Proporcione la Información de su Seguro de Medicare:

Para llenar esta sección, sírvase tener a la mano su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul.

- Escriba esta información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta que recibió de Social Security o de Railroad Retirement Board.

Nombre (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare _____

Autorizado para recibir: _____ Fecha de Vigencia: _____

SEGURO DE HOSPITAL (Parte A) _____

SEGURO MÉDICO (Parte B) _____

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

3 Para Pagar la Prima de su Plan

Usted puede pagar la prima mensual de su plan, incluso cualquier sanción por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda tener. Esto puede hacerlo mensualmente por correo regular, mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) o con una tarjeta de crédito. Usted puede optar también por pagar su prima autorizando una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de Social Security o de Railroad Retirement Board (RRB).

Si le cobran un recargo o Ajuste Mensual de la Parte D en Relación con la cantidad mensual ajustada, usted recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será entonces responsable de pagar el recargo adicional además de la prima de su plan. Para ello, Medicare o RRB le retendrán dicha cantidad de su cheque de beneficios de Social Security o se le facturará a usted directamente. NO le pague la Parte D-IRMAA a Scott and White Health Plan.

3

Para Pagar la Prima de su Plan - Continuación

Las personas de bajos recursos podrían ser elegibles para recibir ayuda adicional para el pago del costo de sus medicinas recetadas. De ser elegible, Medicare podría pagar 75% o más del costo de su medicamento incluyendo las primas mensuales para medicinas recetadas, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas elegibles no estarán sujetas al recargo o sanción por brecha en la cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y no lo saben. Para más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Social Security o llámelos al 1-800-772-1213. Las personas con impedimento auditivo que utilicen TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede presentar su solicitud para recibir ayuda adicional, visitando el www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted es elegible para recibir ayuda adicional con el costo de cobertura para medicinas recetadas de Medicare, Medicare pagará la prima de su plan total o parcialmente. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que no cubra Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Sírvase seleccionar una opción para el pago de su prima:

- Una factura mensual.
- Una transferencia electrónica de fondos (EFT) efectuada mensualmente a su cuenta bancaria.
Sírvase anexar un cheque NULO (*VOIDED*) o proporcionar la siguiente información:
- Nombre del titular de la cuenta: _____
- Número de ruta (*routing number*): _____ Número de cuenta: _____
- Tipo de cuenta: Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de Social Security o Railroad Retirement Board (RRB).
- Yo recibo beneficios mensuales de: Social Security RRB
- (La deducción de su cheque de Social Security/RRB podría tomar dos o más meses para que comience a efectuarse después de haberla aprobado Social Security o RRB. En la mayoría de los casos, si Social Security o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios incluirá todas las primas que usted deba desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta la fecha en que haya comenzado a efectuarse la retención de fondos. Si Social Security o RRB no aprueba su solicitud para que se efectúen deducciones automáticas, le enviaremos a usted una factura impresa por sus primas mensuales).

4

Lea y Conteste estas Importantes Preguntas:

1. ¿Padece usted la Enfermedad Renal en Fase Terminal (End-Stage Renal Disease o ESRD)? Sí No

Si a usted le han efectuado un trasplante exitoso de riñón y/o no necesita ya recibir diálisis, **adjunte constancia o registros médicos** emitidos por su doctor como comprobante de que a usted le han efectuado un trasplante exitoso de riñón o no requiere diálisis. De lo contrario, podríamos tener que comunicarnos con usted para solicitar información adicional.

2. Algunas personas podrían tener otra cobertura para medicinas, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura para beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura para medicinas recetadas además de SeniorCare Advantage? Sí No

De ser "Sí" su respuesta, escriba el nombre de la otra cobertura y su número de identificación (ID):

Nombre de la otra cobertura: _____ Nro. de Identificación de esta cobertura: _____ Nro. de Grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Vive usted en una institución de cuidado a largo plazo como, por ejemplo, un asilo? Sí No

De ser "Sí" su respuesta, proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: _____

Dirección y Número de Teléfono de la Misma (número y calle): _____

4. ¿Está usted inscrito en un programa estatal de Medicaid? Sí No

De ser "Sí" su respuesta, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

Marque con una "X" el recuadro que aparece a continuación, si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés:

Español

Comuníquese con Scott and White Health Plan llamando al 1-866-334-3141 si necesita información en otro formato o idioma no mencionado anteriormente. Nuestra oficina abre todos los días, de 7 a.m. a 8 p.m.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711 .



Lea Esta Información Importante

Si posee actualmente cobertura médica obtenida a través de su empleo o de un sindicato, al inscribirse en SeniorCare Advantage podría afectar los beneficios que recibe a través de su empleador o sindicato. Usted podría perder dicha cobertura si se inscribe en SeniorCare Advantage. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio web de ellos o comuníquese con la oficina que se menciona en dichos comunicados. De no haber ninguna información o el nombre de la persona con la cual debe comunicarse, podrá ayudarle su administrador de beneficios o la oficina encargada de contestar las preguntas relacionadas con la cobertura.

5 Lea y Firme la Información que Aparece a Continuación:

Al llenar esta solicitud de inscripción, expreso estar de acuerdo con lo siguiente:

Scott and White Health Plan es un plan que pertenece a Medicare Advantage y que tiene contrato con el gobierno federal. Yo tendré que mantener mis coberturas de Medicare Parte A y B. Solo puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan dará automáticamente por terminada mi inscripción en cualquier otro plan médico de Medicare o plan para medicinas recetadas. Es responsabilidad mía informarles a ustedes sobre cualquier cobertura para medicinas recetadas que yo tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en ciertas épocas del año en que esté disponible un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Scott and White Health Plan presta servicios a un área en particular. Si me mudo fuera del área a la cual Scott and White Health Plan preste servicios, debo notificarle al plan para poder darme de baja de este plan y buscar otro plan nuevo en mi nueva área. Una vez que yo sea miembro del Scott and White Health Plan, tendré derecho a apelar cuando no

esté de acuerdo con las decisiones del plan relacionadas con el pago o servicios. Cuando lo reciba, leeré el documento relacionado con la Evidencia de Cobertura de Scott and White Health Plan. Lo leeré para enterarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tengan Medicare no están generalmente cubiertas al salir del país, excepto por una limitada cobertura que aún mantienen cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Scott and White Health Plan, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, excepto por servicios de emergencia o urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Scott and White Health Plan proporciona reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si recibo servicios fuera de la red. Se cubrirán los servicios autorizados por Scott and White Health Plan y demás servicios contenidos en mi Evidencia de Cobertura de Scott and White Health Plan (conocida también como contrato para miembros del plan o acuerdo de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI SCOTT AND WHITE HEALTH PLAN PAGARÁN POR TALES SERVICIOS.**

Comprendo que recibiré ayuda a través de agentes de venta, agentes de seguro y demás personas que trabajen o tengan contrato con Scott and White Health Plan. Dicha persona podría recibir remuneración basada en mi inscripción en Scott and White Health Plan.

Divulgación de Información: Al inscribirse en este plan médico de Medicare, acepto que Scott and White Health Plan le divulgue mi información a Medicare y otros planes médicos según fuere necesario por razones de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la asistencia médica. Acepto además que Scott and White Health Plan le divulgue, a Medicare, mi información, incluyendo datos en cuanto a situaciones relacionadas con medicinas recetadas, para fines de investigación y demás propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario se dará por terminada mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma en esta solicitud (o la firma de la persona que he autorizado para que actúe en mi nombre de conformidad con las leyes del estado donde resido) certifica que yo he leído y comprendo el contenido de esta solicitud de inscripción. De firmarla una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica 1) que dicha persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar este formulario de inscripción y 2) que la documentación que respalda dicha autoridad o poder está disponible a petición de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, deberá firmar anteriormente y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Parentesco con la Persona que se está Inscribiendo en el Plan: _____

Agent Name: _____ NPN: _____

Agent Signature: _____ Date: _____

Enrollment Period: IEP AEP SEP (type): _____

Effective Date of Coverage: _____

SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria Compañía de Seguros de 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 Medicare Parte B.

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.

Nombre: _____ Fecha: _____

Por lo general, usted solo puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque con una "X" el recuadro que se aplique a usted. Al marcar cualquiera de estos recuadros, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. De determinarse posteriormente que esta información es incorrecta, podría darse por terminada su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Yo me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Esto sucedió el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Yo regresé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Esto fue el (escriba la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (mi estado me ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Recibo ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Ya no soy elegible para recibir ayuda adicional para el pago de mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha) _____.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de una institución de cuidado a largo plazo (como por ejemplo un asilo [nursing home] o una institución a largo plazo). Me mudé / me voy a mudar / me mudaré de dicha institución el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente dejé el programa PACE. Esto fue el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente y de manera involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicinas recetadas (una cobertura como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicinas recetadas el (escriba la fecha) _____.
- Voy a dejar de estar cubierto por mi empleador o sindicato (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica que proporciona mi estado.
- Mi plan está por terminar su contrato con Medicare o Medicare está terminando el contrato con mi plan médico.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (inserte la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan o SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido mi elegibilidad para necesidades especiales requerida para poder permanecer en el plan. Se dio por terminada mi cobertura de SNP el (escriba la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro al respecto, comuníquese con Scott and White Health Plan al 1-800-782-5068 (Los usuarios de TTY deben llamar al: 711) para determinar si es usted elegible para inscribirse. Nuestras oficinas abren de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.