2020 Resumen de Beneficios

SENIORCARE ADVANTAGE • PPO

Scott&White HEALTH PLAN | Part of BaylorScott&White HEALTH

H2032_001NTXSB2020-SP_M

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

Resumen de beneficios

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

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

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni indica cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*, que está disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre de 2019.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios. O bien use el Buscador de planes de Medicare en https://www.medicare.gov.
- Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y de los costos de Original Medicare, consulte en su manual actual la sección **"Medicare y usted"**. Consulte la información en el sitio web https://www.medicare.gov o solicite una copia por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que debe saber acerca de SeniorCare Advantage PPO

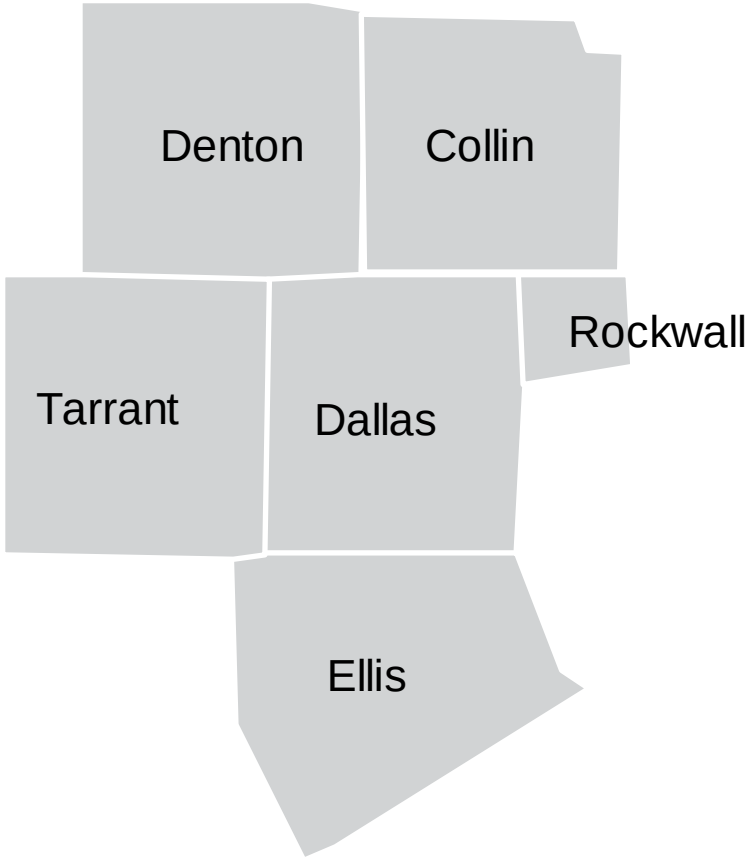
- Si usted es miembro de este plan, puede comunicarse con nosotros llamando a la línea gratuita al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (sin incluir los días feriados principales).
- Si usted no es miembro de este plan, llame al número gratuito 1-800-782-5068 o TTY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

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

¿Quién puede unirse?

Para unirse a SeniorCare Advantage PPO, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall, y Tarrant.

¿Cuál es el área de servicio para North Texas **Senior*Care* Advantage PPO?**



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

Collin, Dallas, Denton, Ellis, Rockwall y Tarrant

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

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

¿Qué cubrimos?

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

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

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

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

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

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Prima mensual del plan	$36 por mes. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	**Dentro de la red** Usted paga $0. **Fuera de la red** Usted paga $750 por servicios cubiertos por Medicare.
Responsabilidad máxima de bolsillo ***(no incluye medicamentos con receta médica)***	**Dentro de la red** Usted paga $6,700 anualmente. **Fuera de la red** Usted paga $10,000 anualmente. Los gastos máximos de bolsillo no excederán los $10,000 por servicios dentro y fuera de la red combinados.
Cobertura de internación hospitalaria	**Dentro de la red** Días 1 a 5: $350 de copago por día. Días 6 a 90: $0 de copago por día. **Fuera de la red** Días 1 a 5: Usted paga 35% de coseguro. Días 60 a 90: Usted paga 35% de coseguro.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	
Centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $250. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $350. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Visitas al médico	
Proveedores de atención primaria	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por visita. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro por visita.
Especialistas	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $40 por visita. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro por visita.
Atención preventiva	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro por visita.
Atención de emergencia	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $90 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.
Servicios necesarios con urgencia	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas. **Fuera de la red** Usted paga un copago de $50 por visita. El copago se elimina si usted es admitido en el hospital por la misma afección en el plazo de las 24 horas.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes	
Procedimientos y análisis de diagnóstico	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de laboratorio	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, RM, TC)	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $75 a $300 **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Radiografías ambulatorias	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de audición	
Examen de audición cubierto por Medicare	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $40 por un examen de audición cubierto por Medicare. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Examen de audición de rutina	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. Se limita hasta 1 visita por año. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Audífonos	No cubiertos.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Servicios dentales	Cubierto con una prima adicional. Consulte "Dental – Beneficio complementario opcional" a continuación.
Servicios de visión	
Anteojos	**Dentro y fuera de la red combinados** $125 de asignación para la compra de anteojos cada tres años.
Examen ocular de rutina	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0 por un examen ocular de rutina por año. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de salud mental	
Visita como paciente internado	**Dentro de la red** Días 1 a 5: $318 de copago por día. Días 6 a 90: $0 de copago por día. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro por estadía.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $40. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)	**Dentro de la red** Días 1 a 20: $0 de copago por día. Días 21 a 100: $167.50 de copago por día. **Fuera de la red** Días 1 a 20: Usted paga 35% de coseguro por día. Días 21 a 100: Usted paga 35% de coseguro por día.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Fisioterapia	
Visita de terapia ocupacional	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $25. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $25. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de ambulancia	
Ambulancia por tierra	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $350. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Ambulancia aérea	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $350. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Transporte (rutina adicional)	**Dentro de la red** No cubiertos. **Fuera de la red** No cubiertos.
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare	
Medicamentos para quimioterapia	**Dentro de la red** Usted paga 20% de coseguro. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.

Primas y beneficios	SeniorCare Advantage
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación) Otros medicamentos de la Parte B	**Dentro de la red** Usted paga 20% de coseguro. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Atención de salud en el hogar	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.
Servicios de telemedicina – Visita de atención primaria	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $0. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro
Servicios de tratamiento de opiáceos	**Dentro de la red** Usted paga un copago de $45. **Fuera de la red** Usted paga 35% de coseguro.

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

Remisiones y autorizaciones

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

Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios		
Deducible	$300 se aplica a los niveles 3 a 5.	
Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)	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. 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).	
	Suministro estándar minorista para 30 días	**Suministro de pedido por correo para 90 días**
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga $4.	Usted paga $8.
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga $14.	Usted paga $28.
Nivel 3 (De marca preferido)	Usted paga $47.	Usted paga $94.
Nivel 4 (No preferido)	Usted paga $99.	Usted paga $198.
Nivel 5 (De especialidad)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible
Etapa sin cobertura	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.	
Cobertura por eventos catastróficos	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: • 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.

Dental – Beneficio complementario opcional

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

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

Servicios dentales	**SeniorCare Advantage PPO**
Prima mensual	$20 por mes.
Beneficio máximo anual	$2,000
Deducible	No paga nada.
Exámenes orales, limpiezas (cada seis meses)	No paga nada.
Radiografías dentales (cada tres años)	No paga nada.
Extracciones y rellenos	Usted paga el 50% del costo.
Dentadura postiza (cada cinco años)	Usted paga el 50% del costo.

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).

☐ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagara un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.

Language Assistance/ Asistencia de idiomas

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

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

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

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 दें: यदिआप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध है। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करें।

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

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

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

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

Japanese:
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-334-3141 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:
ໂປດຊາບ: ຖ້າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍ ລິການຊ່ ວຍເຫ ຼືອດ້ ານພາສາ, ໂດຍບໍ ່ເສັ ຽຄ ່າ, ແມ ່ນມ ີພ້ ອມໃຫ ້ທ ່ານ. ໂທຣ 1-866-334-3141 (TTY: 711).

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

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 Resumen de Beneficios

SeniorCare Advantage PPO

Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MAPD)

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

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

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

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros 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.

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 ba ng và không phân bi ệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Scott&White HEALTH PLAN

Part of BaylorScott&White HEALTH

H2032_001NTXSB2020-SP_M

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN
DEL ALCANCE DE UNA CITA DE VENTAS

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

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.

_____ Planes Medicare Advantage con 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 / Teléfono del beneficiario (opcional)

Beneficiary Address / 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.° 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

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

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.

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 bi ệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Scott&White HEALTH PLAN

North Texas
SENIORCARE ADVANTAGE • PPO

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

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

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

- ◯ **SeniorCare Advantage PPO (North Texas)** **$36**
- ◯ **SeniorCare Advantage PPO w/Dental (North Texas)** **$56**

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

Fecha de Nacimiento: (MES/DÍA/AÑO)	Sexo: ◯ M ◯ 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

Si determinamos que usted debe una sanción por inscripción tardía (o si tiene actualmente una sanción por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. 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).

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios de la Social Security o de Railroad Retirement Board (RRB) cada mes.

3 Para Pagar la Prima de su Plan - Continuación

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Social Security le notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Social Security o Medicare o RRB le facturará directamente. NO pague Scott and White Health Plan la Parte D-IRMAA.

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 un idioma que no sea el inglés o en un formato accesible:

☐ Español ☐ Letra Grande

Comuníquese con Scott and White Health Plan llamando al 1-866-334-3141 si necesita información en un formato accesible o en un 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):**_____ ◯ **Not Eligible**

Effective Date of Coverage: _____

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

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 bi ệt 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.

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

SENIORCARE ADVANTAGE • PPO

2020 Star Ratings

Scott and White Health Plan - H2032

Calificaciones por estrellas Medicare 2020*

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

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

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

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

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

3.5 estrellas

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

Servicios de Planes de Salud:	4.5 estrellas
Servicios de Planes de Medicamentos:	3 estrellas

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

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

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

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 bi ệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.