

Un plan de Medicare para
su **Better** versión.

2021
Resumen
de beneficios

CENTRO DE TEXAS

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE • HMO



Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud incluidos en el Plan BSW SeniorCare Advantage HMO, ofrecido por el Plan de salud Scott and White.

Resumen de beneficios

1 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

BSW SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La solicitud de cobertura BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Este folleto le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que incluidos en la cobertura ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que incluimos en la cobertura, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre de 2020.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios y servicios médicos le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura de BSW SeniorCare Advantage HMO y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios y servicios médicos. O utilice el 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 "**Medicare y usted**". Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga 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 BSW SeniorCare Advantage HMO

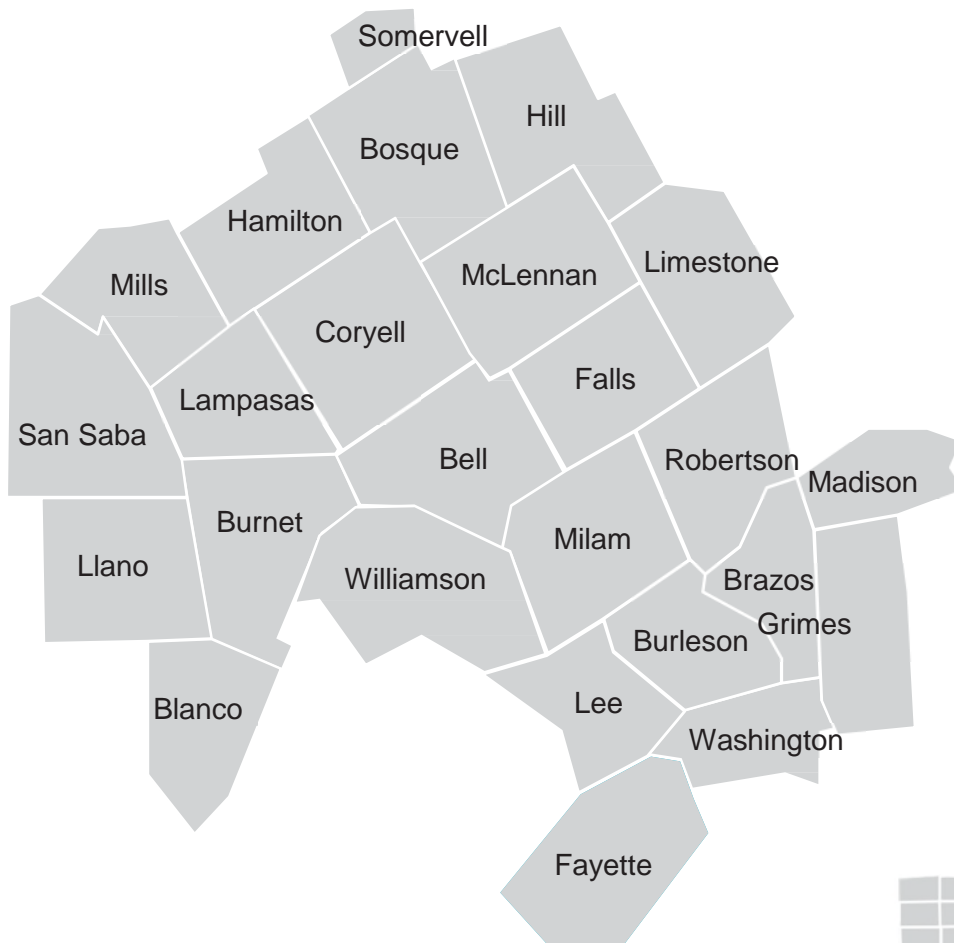
- Si es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-866-334-3141 o TTY 711, de 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).
- Si no es miembro de este plan, puede llamarnos sin cargo al 1-800-782-5068 o TTY 711, de las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes.
- Nuestra página web: advantage.swhp.org

Este documento está disponible en otros formatos, como por ejemplo en letra grande. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a BSW SeniorCare Advantage HMO, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

¿Cuál es el área de servicio en para **BSW Senior Care Advantage HMO?**



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

Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Limestone, Llano, Madison, McLennan, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, Williamson



¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BSW SeniorCare Advantage HMO tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros prestadores de servicios médicos que se pueden encontrar en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Debe utilizar prestadores de servicios médicos y farmacias de la red para los servicios incluidos en la cobertura, a menos que la cobertura autorice lo contrario.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestra cobertura incluye todo lo que está incluido en la cobertura de Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios incluidos en la cobertura de Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, puede pagar más en nuestra cobertura de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, usted paga menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo incluido en la cobertura de Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

BSW SeniorCare Advantage HMO incluye en su cobertura los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de los cinco "niveles". Deberá usar su Lista de medicamentos para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Puede ver la Lista de medicamentos completa de la cobertura (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, advantage.swhp.org.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
<p>Prima mensual del plan</p> <p>Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Usted paga \$0 por mes.</p>	<p>Usted paga \$132 por mes.</p> <p>Usted paga \$83 por mes.</p>	<p>Usted paga \$241.50 por mes.</p> <p>Usted paga \$199 por mes.</p>
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
<p>Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)</p> <p>Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p>	<p>Usted paga \$6.300 al año.</p> <p>Usted paga \$5.900 al año.</p>	<p>Usted paga \$4.500 al año.</p> <p>Usted paga \$4.500 al año.</p>	<p>Usted paga \$4.500 al año.</p> <p>Usted paga \$4.500 al año.</p>
Hospital para hospitalización	Días 1 a 6: copago de \$325 por día. Días 7 a 90: copago de \$0 por día.	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga \$0 de copago.
Hospital ambulatorio			
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$275.	Usted paga un copago de \$100.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$350.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Visitas al doctor			
Prestadores principales de servicios médicos	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un copago de \$0 por visita.
Especialistas	Usted paga un copago de \$25 por visita.	Usted paga un copago de \$25 por visita.	Usted paga un copago de \$0 por visita.
Cuidado preventivo	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Atención de emergencia	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
Servicios que se necesitan con urgencia	<p>Usted paga un copago de \$50 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita.</p> <p>Si ingresa en el hospital en 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago.</p>
Servicios de diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Servicios diagnósticos de radiología, p. ej., tomografía por resonancia magnética o tomografía computarizada (MRI, CAT Scan, en inglés)</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 a \$300 por visita.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$15 por visita.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p>
Servicios auditivos	<p>Usted paga un copago de \$40 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago. Limitado a 1 visita por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago. Visitas ilimitadas cada año.</p>

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de audición (continuación) Audífonos	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.	Subsidio de \$1,000 para la compra de audífonos cada tres años.
Servicios dentales			
Beneficio anual máximo	\$2,000	\$2,000	\$2,000
Deducible	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Exámenes bucales, limpiezas (cada seis meses)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Radiografías dentales (cada tres años)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Extracciones y rellenos	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Restauración dental (cada dos años)	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Dentaduras postizas (cada cinco años)	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.	Usted paga 50 % de coseguro.
Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios de los servicios dentales. Aplican exclusiones y limitaciones. Vea la <i>Evidencia de cobertura</i> para detalles completos sobre el beneficio dental.			

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de la vista			
Anteojos	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.	Subsidio de \$125 para la compra de anteojos cada año.
Examen de rutina de la vista	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.
Servicios de salud mental			
Consulta de paciente hospitalizado	Días 1 - 5: copago de \$318 cada día. Días 6 - 90: copago de \$0 por día.	Usted paga un copago de \$575 por estadía.	Usted paga \$0 de copago.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$40.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$176 por día.	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$50 por día.	Días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$15 por día.
Fisioterapia			
Consulta de terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje.	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios de ambulancia			
Ambulancia terrestre	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$265.	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$40.
Transporte (rutina adicional)	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Medicamentos de quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.
Programa de bienestar (por ejemplo, condición física o fitness)	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.	Silver and Fit es un programa de ejercicios que brinda a los asegurados una membresía de gimnasio de cortesía en los gimnasios participantes en su área. Este beneficio no tiene costo adicional para usted.
Atención médica en el hogar	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Servicios de teleconsulta: médicos de atención primaria, especialistas y sesiones individuales o grupales para servicios psiquiátricos	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicio de tratamiento de opioides	Usted paga un copago de \$45.	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga \$0 de copago.
Beneficio de comida	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.	Usted paga \$0 de copago por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
Servicios de apoyo a domicilio Con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.	Usted paga un copago de \$0 por hasta tres turnos de asistencia de cuatro horas en la realización de actividades de la vida diaria (ADLS) al año.

Primas y beneficios	Select	Preferred	Premium
Servicios de asistencia en el hogar (continuación) Sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.	Usted paga \$0 de copago por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, por sus siglas en inglés) anualmente.

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

Órdenes médicas y autorizaciones

No se requieren órdenes médicas de su prestador principal de servicios médicos para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre de 2020.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Select	Preferred		Premium		
Deducible	\$300 se aplican a los Niveles 4 y 5.	\$100 se aplican al Nivel 4 y al Nivel 5.		\$0 se aplica a los Niveles 1 - 5.		
Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si aplica)	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que el costo anual de sus medicamentos totalice \$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo.</p> <p>Los gastos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedidos por correo, atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) o infusiones en el hogar, y suministros para 30 o 90 días).</p>					
	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$6.	Usted paga \$0.	Usted paga \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$2.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (Medicamento genérico)	Usted paga \$20.	Usted paga \$0.	Usted paga \$15.	Usted paga \$0.	Usted paga \$12.	Usted paga \$0.
Nivel 3 (Marca preferida)	Usted paga \$47.	Usted paga \$94.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.	Usted paga \$45.	Usted paga \$90.
Nivel 4 (No preferido)	Usted paga \$100.	Usted paga \$200.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.	Usted paga \$95.	Usted paga \$190.
Nivel 5 (Especialidad)	Usted paga el 27% del costo.	No disponible	Usted paga el 31% del costo.	No disponible	Usted paga el 33% del costo.	No disponible
Modelo de ahorros para personas mayores de la Parte D	<p>No hay deducible para BSW SeniorCare Advantage para determinadas insulinas. Los costos de desembolso personal para determinadas insulinas serán de \$35 durante la etapa de deducible y cobertura inicial. BSW SeniorCare Advantage también ofrece cobertura de brecha adicional para determinadas insulinas. Durante la etapa de lapso de cobertura, sus costos de desembolso personal para determinadas insulinas también serán de \$35.</p>					
Lapso de cobertura	<p>Después de que sus gastos totales de medicamentos (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcancen los \$4,130, no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o el 25% de coseguro por medicamentos de marca.</p>					

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios			
	Select	Preferred	Premium
Cobertura catastrófica	Después de que sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,550, usted paga el mayor de: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coaseguro, o • Copago de \$3.70 por genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un Copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos. 		

Información sobre su beneficio de recetas

Lo alentamos a que nos informe de inmediato, si después de convertirse en asegurado tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos recetados. Para asistencia, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-334-3141, de 7 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana (sin incluir días festivos importantes).

Los gastos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y 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 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para 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 prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora sean de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus prescripciones.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual de la cobertura, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente es deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y / o los copagos / coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- Excepto en situaciones de atención médica de emergencia o inmediata, no incluimos en la cobertura los servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de prestadores de servicios médicos).

2020 Star Ratings

Scott and White Health Plan - H8142

Calificaciones por estrellas Medicare 2020*

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

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

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

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

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

★★★★★
4.5 estrellas

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

Servicios de Planes de Salud: ★★★★★
4.5 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos: ★★★★★
4.5 estrellas

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

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

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

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

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

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

SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711). ATENCION: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Scott And White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con contrato de Medicare, ofrece BSW SeniorCare Advantage HMO. La inscripción en BSW SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

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