INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Este manual le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de Cobertura".

Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir los beneficios de Medicare

1. Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.

2. Otra opción es recibir los beneficios de Medicare al unirse a un plan de salud de Medicare como el **plan Senior Care Plus Value HMO:**
   - **Value Basic Plan-009 (HMO)**
   - **Value Rx-012 (HMO)**
   - **Value Rx Enhanced-004 (HMO)**
   - **Value Rx Select-018 (HMO)**

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este manual de Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que los planes **Value Basic Plan-009 (HMO), Value Rx-012 (HMO), Value Rx Enhanced-004 (HMO) o Value Rx Select-018 (HMO)** cubren y lo que usted paga.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales del Resumen de beneficios correspondientes. O use el Buscador de Planes Medicare en http://www.medicare.gov.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **"Medicare y usted"**. Consúltelo en línea en http://www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Lo que hay que saber sobre los planes **Value Basic Plan-009 (HMO), Value Rx-012 (HMO), Value Rx Enhanced-004 (HMO) y Value Rx Select-018 (HMO)**
- Primas mensuales del plan, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios opcionales (pagará una prima adicional para obtener estos beneficios)

Este documento está disponible en otros formatos, como el sistema braille y en letra grande.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 1- 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al 711, al Servicio estatal de

retransmisión), de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico) o puede visitar www.SeniorCarePlus.com. No atendemos durante todos los feriados nacionales, excepto para Año Nuevo.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al número gratuito 888-775-7003 o 775-982-3112 (TTY 711).

Lo que hay que saber sobre los planes Value Basic Plan-009 (HMO), Value Rx-012 (HMO), Value Rx Enhanced-004 (HMO) y Value Rx Select-018 (HMO)

Horarios de atención de Servicio al cliente

Puede llamarnos los 7 días de la semana de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. No atendemos durante todos los feriados nacionales, excepto Año Nuevo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Números de teléfono y sitio web de Senior Care Plus

Si es asegurado de este plan, llame de manera gratuita al 888-775-7003 o al 775-982-3112 (TTY 711).
Si es asegurado de este plan, llame de manera gratuita al 888-775-7003 o al 775-982-3158 (TTY 711).
También puede visitar nuestro sitio web (www.SeniorCarePlus.com) para obtener más información.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en el plan **Value Basic Plan-009 (HMO), Value Rx-012 (HMO), Value Rx Enhanced-004 (HMO) o Value Rx Select-018 (HMO)** tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Nevada: Carson City y Washoe.

¿Cuáles son los médicos, hospitales y farmacias que puedo consultar?

Value Basic Plan-009 (HMO), Value Rx-012 (HMO), Value Rx Enhanced-004 (HMO) y Value Rx Select-018 (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede usar proveedores que no forman parte de nuestra red. Generalmente, tiene que usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.SeniorCarePlus.com). O llámenos y le enviaremos una copia del *Directorio de proveedores y farmacias.*

¿Qué cubrimos?

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

Nuestros asegurados del plan reciben *todos* los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar menos.

Nuestros asegurados también reciben *más de lo que* cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se resumen en este manual.

Senior Care Plus: Value Basic (HMO) cubre los medicamentos de la Parte B incluida la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor de atención médica. Sin embargo, este plan no cubre medicamentos con receta de la Parte D.

Senior Care Plus: Value Rx, Value Rx Enhanced y Value Rx Select cubren los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos que le administra su proveedor de servicios médicos.

Puede ver la lista de medicamentos completa del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web www.SeniorCarePlus.com. También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de beneficios: Cobertura inicial, lapso en la cobertura y cobertura para casos catastróficos.

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
Prima mensual del plan	**$0** por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	**$0** por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	**$45** por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	**$180** por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reembolso de la prima de la Parte B de Medicare	Senior Care Plus reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta **$20**.	Este plan no ofrece un reembolso de la Parte B.	Este plan no ofrece un reembolso de la Parte B.	Este plan no ofrece un reembolso de la Parte B.
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad del monto máximo de bolsillo *(no incluye medicamentos con receta)*	Límite anual en este plan: **$3,400** por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.	Límite anual en este plan: **$3,400** por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.	Límite anual en este plan: **$3,400** por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.	Límite anual en este plan: **$3,000** por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS				
Es posible que los servicios marcados con un [1] requieran autorización previa. Es posible que los servicios marcados con un [2] requieran una orden médica de su médico.				
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados[1,2]	• Copago de **$300** por día para los días 1 a 6 • No debe pagar nada por día para los días 7 a 90.	• Copago de **$275** por día para los días 1 a 5 • No debe pagar nada por día para los días 6 a 90.	• Copago de **$275** por día para los días 1 a 4 • No debe pagar nada por día para los días 5 a 90.	• Copago de **$250** por día para los días 1 a 4 • No debe pagar nada por día para los días de 5 a 90.
	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.
Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de **$300**	Copago de **$275**	Copago de **$275**	Copago de **$250**

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
Visitas a médicos ○ Visitas de atención primaria	Copago de **$20** por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red.	Copago de **$10** por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red.	Copago de **$10** por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red.	Copago de **$10** por visitas a todos los demás médicos de atención primaria que forman parte de la red.
○ Especialistas	Copago de **$50**	Copago de **$50**	Copago de **$40**	Copago de **$35**
Atención médica preventiva	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada
	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Algunos artículos no están cubiertos dentro del costo de $0.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Algunos artículos no están cubiertos dentro del costo de $0.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Algunos artículos no están cubiertos dentro del costo de $0.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Algunos artículos no están cubiertos dentro del costo de $0.
Atención médica de emergencia	Copago de **$90**	Copago de **$90**	Copago de **$90**	Copago de **$90**
	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. *Consulte la sección "Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. *Consulte la sección "Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. *Consulte la sección "Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. *Consulte la sección "Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
Servicios de urgencia	Copago de **$30 a $65**, según el servicio	Copago de **$30 a $65**, según el servicio	Copago de **$25 a $55**, según el servicio	Copago de **$20 a $45**, según el servicio
	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. *Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. *Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. *Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. *Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este manual para informarse sobre otros costos.*
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Diagnóstico por imágenes[1,2]	Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se realicen.	Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se realicen.	Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se realicen.	Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se realicen.
○ Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética)	Copago de **$105 a $140**, según el servicio	Copago de **$100 a $135**, según el servicio	Copago de **$80 a $105**, según el servicio	Copago de **$75 a $100**, según el servicio
○ Servicios de laboratorio	Copago de **$0 a $120**, según el servicio	Copago de **$0 a $120**, según el servicio	Copago de **$0 a $100**, según el servicio	Copago de **$0 a $80**, según el servicio

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
○ Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Copago de **$0 a $300**, según el servicio	Copago de **$0 a $275**, según el servicio	Copago de **$0 a $275**, según el servicio	Copago de **$0 a $250**, según el servicio
○ Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de **$70**	Copago de **$65**	Copago de **$50**	Copago de **$50**
○ Servicios de radiología terapéutica (p. ej., tratamientos de radioterapia contra el cáncer)	Copago de **$60**	Copago de **$60**	Copago de **$60**	Copago de **$60**
Servicios para el cuidado de la audición ○ Examen de audición	**Dentro de la red:** Copago de **$45** *Limitado a 1 examen de audición de rutina por año.*	**Dentro de la red:** Copago de **$45** *Limitado a 1 examen de audición de rutina por año.*	**Dentro de la red:** Copago de **$45** *Limitado a 1 examen de audición de rutina por año.*	**Dentro de la red:** Copago de **$45** *Limitado a 1 examen de audición de rutina por año.*
○ Audífonos *(hasta 2 audífonos por año; el beneficio se limita a los audífonos TruHearing Advanced y Premium)*	**Advanced:** Copago de **$699** por audífono **Premium:** Copago de **$999** por audífono **Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:**	**Advanced:** Copago de **$699** por audífono **Premium:** Copago de **$999** por audífono **Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:**	**Advanced:** Copago de **$699** por audífono **Premium:** Copago de **$999** por audífono **Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:**	**Advanced:** Copago de **$699** por audífono **Premium:** Copago de **$999** por audífono **Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:**

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
	3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra del audífono; período de prueba de 45 días; garantía extendida de 3 años; 48 baterías por audífono	3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra del audífono; período de prueba de 45 días; garantía extendida de 3 años; 48 baterías por audífono	3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra del audífono; período de prueba de 45 días; garantía extendida de 3 años; 48 baterías por audífono	3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra del audífono; período de prueba de 45 días; garantía extendida de 3 años; 48 baterías por audífono
	Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-(844) 341-9611 para programar una cita.	**Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.** Llame al 1-(844) 341-9611 para programar una cita.	**Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.** Llame al 1-(844) 341-9611 para programar una cita.	**Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.** Llame al 1-(844) 341-9611 para programar una cita.
Servicios dentales ○ Servicios cubiertos por Medicare	**Dentro de la red:** Copago de **$50** *Esto **no** incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes*	**Dentro de la red:** Copago de **$45** *Esto **no** incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes*	**Dentro de la red:** Copago de **$40** *Esto **no** incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes*	**Dentro de la red:** Copago de **$35** *Esto **no** incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes*
○ Servicios dentales preventivos *(incluyen 2 limpiezas, 2 exámenes y 2 series de radiografías con*	**Los servicios dentales preventivos no se incluyen en este plan.**	**Los servicios dentales preventivos no se incluyen en este plan.**	**Dentro de la red:** No debe pagar nada **Fuera de la red:** No debe pagar nada*	**Los servicios dentales integrales se incluyen en este plan sin primas adicionales. Consulte a continuación.**

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
aleta de mordida por año)			* Los proveedores de servicios dentales que no forman parte de la red pueden "facturarle saldos adicionales" por encima del monto permitido por Delta Dental.	
○ Servicios dentales integrales	**Los servicios dentales integrales no se incluyen en este plan.**	**Los servicios dentales integrales no se incluyen en este plan.**	**Los servicios dentales integrales no se incluyen en este plan.**	**Dentro de la red:** No hay copago por los servicios de diagnóstico y dentales preventivos (2 visitas por año, como máximo). Coseguro del **30%** para servicios de restauración, de diagnóstico y que no son de rutina. Coseguro del **30%** para endodoncia, periodoncia y extracciones. Coseguro del **50%** para prostodoncia y cirugía bucal/maxilofacial. Copago de **$40** por servicios dentales cubiertos por Medicare.

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
Servicios para la vista[1] ○ Servicios cubiertos por Medicare *(1 examen de la vista anual para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista [que incluye el examen anual de detección de glaucoma])*	**Dentro de la red:** Copago de **$20**	**Dentro de la red:** Copago de **$20**	**Dentro de la red:** Copago de **$20**	**Dentro de la red:** Copago de **$20**
○ Servicios para la vista de rutina *(Limitados a 1 examen de la vista de rutina por año)*	**Dentro de la red:** Copago de **$25** Incluye una **cantidad asignada de $150 por año** para un conjunto completo de anteojos o lentes de contacto.	**Dentro de la red:** Copago de **$25** Incluye una **cantidad asignada de $150 por año** para un conjunto completo de anteojos o lentes de contacto.	**Dentro de la red:** Copago de **$25** Incluye una **cantidad asignada de $150 por año** para un conjunto completo de anteojos o lentes de contacto.	**Dentro de la red:** Copago de **$25** Incluye una **cantidad asignada de $150 por año** para un conjunto completo de anteojos o lentes de contacto.
Servicios de salud mental ○ Visita para pacientes hospitalizados	Copago de **$300** por día para los días 1 a 6. No debe pagar nada por día para los días 7 a 90.	Copago de **$275** por día para los días 1 a 5. No debe pagar nada por día para los días 6 a 90.	Copago de **$275** por día para los días 1 a 4. No debe pagar nada por día para los días de 5 a 90.	Copago de **$250** por día para los días 1 a 4. No debe pagar nada por día para los días de 5 a 90.
○ Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	Copago de **$40**	Copago de **$40**	Copago de **$40**	Copago de **$35**

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
○ Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Copago de **$40**	Copago de **$40**	Copago de **$40**	Copago de **$35**
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Copago de **$20** por día para los días 1 a 20; copago de **$150** por día para los días de 21 a 34. No paga nada por día para los días de 35 a 100	Copago de **$20** por día para los días 1 a 20; copago de **$150** por día para los días de 21 a 34. No paga nada por día para los días de 35 a 100	Copago de **$20** por día para los días 1 a 20; copago de **$100** por día para los días de 21 a 34. No paga nada por día para los días de 35 a 100	Copago de **$20** por día para los días 1 a 20; copago de **$100** por día para los días de 21 a 34. No paga nada por día para los días de 35 a 100
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios ○ Rehabilitación cardíaca	Copago de **$15**	Copago de **$15**	Copago de **$15**	Copago de **$15**
○ Terapia ocupacional	Copago de **$20**	Copago de **$20**	Copago de **$15**	Copago de **$15**
○ Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Copago de **$20**	Copago de **$20**	Copago de **$15**	Copago de **$15**
Ambulancia	Copago de **$250**	Copago de **$250**	Copago de **$250**	Copago de **$250**
Transporte[1,2]	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada
Atención de los pies (servicios de podiatría) ○ Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado	Copago de **$50**	Copago de **$50**	Copago de **$40**	Copago de **$35**

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
por la diabetes o cumple ciertas condiciones				
Equipos/Suministros médicos ○ Equipo médico duradero[1] (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	**20%** del costo Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	**20%** del costo Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	**20%** del costo Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	**10%** del costo Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.
○ Suministros para el control de la diabetes	Del **0% al 20%** del costo, según el suministro	**D**el **0% al 20%** del costo, según el suministro	Del **0% al 20%** del costo, según el suministro	Del **0% al 10%** del costo, según el suministro
○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada
○ Zapatos o plantillas ortopédicos	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo	**10%** del costo
○ Aparatos prostéticos *(aparatos, extremidades artificiales, etcétera)*[1]	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo	**10%** del costo
Programas de bienestar ○ Educación de la salud y bienestar	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
	bienestar cubiertos por Medicare. *Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo dejar de fumar. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los asegurados incluyen el control del peso y el manejo del estrés. Además, tendrá acceso a la Línea de Hometown Health.*	bienestar cubiertos por Medicare. *Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo dejar de fumar. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los asegurados incluyen el control del peso y el manejo del estrés. Además, tendrá acceso a la Línea de Hometown Health.*	bienestar cubiertos por Medicare. *Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo dejar de fumar. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los asegurados incluyen el control del peso y el manejo del estrés. Además, tendrá acceso a la Línea de Hometown Health.*	bienestar cubiertos por Medicare. *Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo dejar de fumar. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los asegurados incluyen el control del peso y el manejo del estrés. Además, tendrá acceso a la Línea de Hometown Health.*
○ Buen estado físico	El beneficio para el buen estado físico <u>no</u> se incluye en este plan.	El beneficio para el buen estado físico <u>no</u> se incluye en este plan.	Senior Care Plus ofrece una participación en un gimnasio en instalaciones con gimnasio seleccionadas, dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Value Rx Enhanced. Visite SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en	Senior Care Plus ofrece una participación en un gimnasio en instalaciones con gimnasio seleccionadas, dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Value Rx Select. Visite SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
RESUMEN DE BENEFICIOS				
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
Primas y beneficios	***Value Basic (HMO)***	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Select (HMO)***
			este beneficio o comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.	este beneficio o comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ○ Medicamentos para quimioterapia[1]	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo
○ Otros medicamentos de la Parte B[1]	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo	**20%** del costo

RESUMEN DE BENEFICIOS				
1 de enero al 31 de diciembre de 2018				
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Rx Select (HMO)***
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA				
Cobertura inicial	Nuestro plan no cubre medicamentos con receta de la Parte D.	Pagará lo siguiente hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los **$3,820**. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron.	Pagará lo siguiente hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los **$3,820**. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron.	Pagará lo siguiente hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los **$3,820**. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron.

RESUMEN DE BENEFICIOS										
1 de enero al 31 de diciembre de 2018										
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***			***Value Rx Enhanced (HMO)***			***Value Rx Select (HMO)***		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA										
		Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo.			Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo.			Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo.		
		Costo compartido minorista estándar			**Costo compartido minorista estándar**			**Costo compartido minorista estándar**		
		Nivel	**Suministro de 30 días**	**Suministro de 90 días**	**Nivel**	**Suministro de 30 días**	**Suministro de 90 días**	**Nivel**	**Suministro de 30 días**	**Suministro de 90 días**
		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$5**	Copago de **$12.50**	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$4**	Copago de **$10**	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$3**	Copago de **$7.50**
		Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$16**	Copago de **$40**	Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$14**	Copago de **$35**	Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$12**	Copago de **$30**
		Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$47**	Copago de **$117.50**	Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$47**	Copago de **$117.50**	Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$47**	Copago de **$117.50**
		Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$100**	Copago de **$250**	Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$100**	Copago de **$250**	Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$100**	Copago de **$250**

RESUMEN DE BENEFICIOS										
1 de enero al 31 de diciembre de 2018										
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***			***Value Rx Enhanced (HMO)***			***Value Rx Select (HMO)***		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA										
		Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo	**33%** del costo	Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo	**33%** del costo	Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo	**33%** del costo
		Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$2.50**	Copago de **$6.25**	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$2**	Copago de **$5**	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$0**	Copago de **$0**
		Costo compartido de pedido por correo estándar			**Costo compartido de pedido por correo estándar**			**Costo compartido de pedido por correo estándar**		
		Nivel	**Suministro de 90 días**		**Nivel**	**Suministro de 90 días**		**Nivel**	**Suministro de 90 días**	
		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$10**		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$8**		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de **$6**	
		Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$32**		Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$28**		Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago de **$24**	
		Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$94**		Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$94**		Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de **$94**	

RESUMEN DE BENEFICIOS							
1 de enero al 31 de diciembre de 2018							
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***		***Value Rx Enhanced (HMO)***		***Value Rx Select (HMO)***	
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA							
		Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$200**	Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$200**	Nivel 4 (marca no preferida)	Copago de **$200**
		Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo	Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo	Nivel 5 (especializados)	**33%** del costo
		Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$5**	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$4**	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de **$0**
		Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.		Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.		Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.	

RESUMEN DE BENEFICIOS				
1 de enero al 31 de diciembre de 2018				
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Rx Select (HMO)***
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA				
Lapso en la cobertura		La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. El lapso en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los **$3,820**.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. El lapso en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los **$3,820**.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. El lapso en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los **$3,820**.
		Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga el **30%** del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el **37%** del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de **$5,100,** lo que marca el final del período de lapso en la cobertura. No todos ingresarán al período de lapso en la cobertura.	Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga el **30%** del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el **37%** del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de **$5,100,** lo que marca el final del período de lapso en la cobertura. No todos ingresarán al período de lapso en la cobertura.	Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga el **30%** del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el **37%** del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de **$5,100,** lo que marca el final del período de lapso en la cobertura. No todos ingresarán al período de lapso en la cobertura. En virtud de este plan, es posible que pague aun menos por los medicamentos de marca y genéricos de la lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Tendrá

RESUMEN DE BENEFICIOS							
1 de enero al 31 de diciembre de 2018							
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Rx Select (HMO)***			
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA							
				que usar su lista de medicamentos para conocer el nivel de sus medicamentos. Consulte el cuadro a continuación para saber cuánto le costará.			
				Costo compartido minorista estándar			
				NIVEL	**Medicamentos cubiertos**	**Suministro de 30 días**	**Suministro de 90 días**
				Nivel 1 (genéricos preferidos)	Todos	Copago de **$3**	Copago de **$7.50**
				Nivel 2 (genéricos)	Todos	Copago de **$12**	Copago de **$30**
				Nivel 6 (atención seleccionada)	Todos	Copago de **$0**	Copago de **$0**
				Costo compartido de pedido por correo estándar			
				NIVEL	**Medicamentos cubiertos**		**Suministro de 90 días**

RESUMEN DE BENEFICIOS						
1 de enero al 31 de diciembre de 2018						
	Value Basic (HMO)	***Value Rx (HMO)***	***Value Rx Enhanced (HMO)***	***Value Rx Select (HMO)***		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA						
				Nivel 1 (genéricos preferidos)	Todos	Copago de **$6**
				Nivel 2 (genéricos)	Todos	Copago de **$24**
				Nivel 6 (atención seleccionada)	Todos	Copago de **$0**
Cobertura para casos catastróficos		Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia minorista y de pedidos por correo postal) alcance un total de **$5,100**, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:	Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia minorista y de pedidos por correo postal) alcance un total de **$5,100**, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:	Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia minorista y de pedidos por correo postal) alcance un total de **$5,100**, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:		
		el **5%** del costo o un copago de **$3.40** para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y la cantidad que resulte mayor entre el **5%** del costo o un copago de **$8.50** para todos los demás medicamentos.	el **5%** del costo o un copago de **$3.40** para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y la cantidad que resulte mayor entre el **5%** del costo o un copago de **$8.50** para todos los demás medicamentos.	el **5%** del costo o un copago de **$3.40** para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y la cantidad que resulte mayor entre el **5%** del costo o un copago de **$8.50** para todos los demás medicamentos.		

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

Aviso sobre cómo informar a las personas acerca de requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal.

Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Senior Care Plus no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Senior Care Plus:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el encargado del área de Cumplimiento.

Si cree que Senior Care Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: Compliance Officer, 10315 Professional Circle, Reno, NV, 89521, 800-611-5097, (TTY: 1- 800-833-5833). Puede presentar una queja formal personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el encargado del área de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.