# 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

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.

Otra opción es recibir los beneficios de Medicare al unirse a un plan de salud de Medicare como el **plan Senior Care Plus Freedom PPO:** 

- Freedom Basic-008 (PPO)
- Freedom Rx-007 (PPO)
- Freedom Rx Enhanced-006 (PPO)
- Freedom Rx Select-005 (PPO)

#### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este manual de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubren los siguientes planes de Senior Care Plus: Freedom Basic-008 (PPO), Freedom Rx-007 (PPO), Freedom Rx Enhanced-006 (PPO) o Freedom Rx Select-005 (PPO) 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 <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.

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 <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> 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.

#### Secciones en este manual

- Lo que hay que saber sobre los siguientes planes de Senior Care Plus: Freedom Basic-008
  (PPO), Freedom Rx-007 (PPO), Freedom Rx Enhanced-006 (PPO) o Freedom Rx Select005 (PPO)
- Primas mensuales del plan, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta

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 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 <a href="https://www.SeniorCarePlus.com">www.SeniorCarePlus.com</a>. No atendemos durante todos los feriados nacionales, excepto 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 siguientes planes de Senior Care Plus: Freedom Basic-008 (PPO), Freedom Rx-007 (PPO), Freedom Rx Enhanced-006 (PPO) o Freedom Rx Select-005 (PPO)

#### 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 no 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 los siguientes planes de Senior Care Plus: Freedom Basic-008 (PPO), Freedom Rx-007 (PPO), Freedom Rx Enhanced-006 (PPO) o Freedom Rx Select-005 (PPO), 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 los siguientes condados en Nevada: Churchill, Douglas, Lyon y Storey.

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

Senior Care Plus: Freedom Basic-008 (PPO), Freedom Rx-007 (PPO), Freedom Rx Enhanced-006 (PPO) y Freedom Rx Select-005 (PPO) 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: Freedom Basic** 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: Freedom Rx, Freedom Rx Enhanced y Freedom 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 <a href="www.SeniorCarePlus.com">www.SeniorCarePlus.com</a>. También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

#### ¿Cómo determinaré cuánto costarán 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.

# RESUMEN DE BENEFICIOS Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

PRIMAS MENSUAL	PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS				
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)	
Prima mensual del plan	\$0 por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$55 por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$130 por mes. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$220 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.				
Responsabilidad del monto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<ul> <li>Límite anual en este plan:</li> <li>\$3,400 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de</li> </ul>	<ul> <li>Límite anual en este plan:</li> <li>\$3,400 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de</li> </ul>	<ul> <li>Límite anual en este plan:</li> <li>\$3,400 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de</li> </ul>	<ul> <li>\$3,000 por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red.</li> <li>\$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de proveedores que forman parte de la red y que no forman parte de la red se tendrá en cuenta para calcular este límite.</li> </ul>	

DECLIN	IEN DE	RENEFICIOS
K H S I II	/	KH VHHII II IS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019						
PRIMAS MENSUAL	PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS					
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)		
	proveedores que	proveedores que	proveedores que			
	forman parte de la	forman parte de la	forman parte de la			
	red y que no forman	red y que no forman	red y que no forman			
	parte de la red se	parte de la red se	parte de la red se			
	tendrá en cuenta	tendrá en cuenta	tendrá en cuenta			
	para calcular este	para calcular este	para calcular este			
	límite.	límite.	límite.			
	S Y HOSPITALARIOS C					
	s marcados con un 1 requiera					
	s marcados con un 2 requiera					
Cobertura hospitalaria	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:		
para pacientes	• Copago de \$375 por	• Copago de \$350 por	• Copago de \$325 por	Copago de \$275 por día para		
hospitalizados <sup>1,2</sup>	día para los días 1 a 5	día para los días 1 a 5	día para los días 1 a 5	los días 1 a 6		
	No debe pagar nada	No debe pagar nada	<ul> <li>No debe pagar nada</li> </ul>	No debe pagar nada por día		
	por día para los días	por día para los días	por día para los días	para los días 7 a 90.		
	6 a 90.	6 a 90.	6 a 90.	Fuera de la red:		
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	• Copago de \$500 o el 30% del		
	• Copago de <b>\$500</b> o el	• Copago de <b>\$500</b> o el	• Copago de <b>\$500</b> o el	costo por estadía, según el		
	30% del costo por	30% del costo por	30% del costo por	servicio		
	estadía, según el	estadía, según el	estadía, según el			
	servicio	servicio	servicio			
	Nuestro plan cubre una	Nuestro plan cubre una	Nuestro plan cubre una	Nuestro plan cubre una cantidad		
	cantidad ilimitada de	cantidad ilimitada de	cantidad ilimitada de	ilimitada de días de		
	días de hospitalización.	días de hospitalización.	días de hospitalización.	hospitalización.		
Hospital para pacientes	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:		
ambulatorios	Copago de \$375	Copago de \$350	Copago de \$325	Copago de \$275		
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:		
	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%		

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS	
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)	
Visitas a médicos	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
<ul> <li>Atención primaria</li> </ul>	Copago de <b>\$20</b> por	Copago de <b>\$20</b> por	Copago de \$15 por	Copago de \$10 por visitas a todos	
	visitas a médicos de	visitas a médicos de	visitas a médicos de	los demás médicos de atención	
	atención primaria que	atención primaria que	atención primaria que	primaria que forman parte de la	
	forman parte de la red.	forman parte de la red.	forman parte de la red.	red.	
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	
	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$25	
<ul> <li>Especialistas</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$40	
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	
	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$65	Copago de \$65	
Atención médica	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
preventiva	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	
	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo	
	Cualquier otro servicio	Cualquier otro servicio	Cualquier otro servicio	Cualquier otro servicio preventivo	
	preventivo aprobado por	preventivo aprobado por	preventivo aprobado por	aprobado por Medicare durante el	
	Medicare durante el año	Medicare durante el año	Medicare durante el año	año de contrato estará cubierto.	
	de contrato estará	de contrato estará	de contrato estará		
	cubierto.	cubierto.	cubierto.		
Atención médica de	Copago de \$120	Copago de \$120	Copago de \$120	Copago de \$120	
emergencia					
	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el hospital	
	hospital	hospital	hospital	inmediatamente, no tiene que	
	inmediatamente, no	inmediatamente, no	inmediatamente, no	pagar su parte del costo de la	
	tiene que pagar su parte	tiene que pagar su parte	tiene que pagar su parte	atención médica de emergencia.	

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	LES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)
	del costo de la atención	del costo de la atención	del costo de la atención	Consulte la sección "Cobertura
	médica de emergencia.	médica de emergencia.	médica de emergencia.	hospitalaria para pacientes
	Consulte la sección	Consulte la sección	Consulte la sección	hospitalizados" en este manual
	"Cobertura hospitalaria	"Cobertura hospitalaria	"Cobertura hospitalaria	para informarse sobre otros
	para pacientes	para pacientes	para pacientes	costos.
	hospitalizados" en este	hospitalizados" en este	hospitalizados" en este	
	manual para informarse	manual para informarse	manual para informarse	
	sobre otros costos.	sobre otros costos.	sobre otros costos.	
Servicios de urgencia	Copago de <b>\$30 a \$65</b> ,	Copago de <b>\$30 a \$65</b> ,	Copago de <b>\$25 a \$65</b> ,	Copago de \$15 a \$35, según el
	según el servicio	según el servicio	según el servicio	servicio
	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el	Si es ingresado en el hospital
	hospital	hospital	hospital	inmediatamente, no debe pagar su
	inmediatamente, no	inmediatamente, no	inmediatamente, no	parte del costo de los servicios de
	debe pagar su parte del	debe pagar su parte del	debe pagar su parte del	urgencia. Consulte la sección
	costo de los servicios de	costo de los servicios de	costo de los servicios de	"Cobertura hospitalaria para
	urgencia. Consulte la	urgencia. Consulte la	urgencia. Consulte la	pacientes hospitalizados" en este
	sección "Cobertura	sección "Cobertura	sección "Cobertura	manual para informarse sobre
	hospitalaria para	hospitalaria para	hospitalaria para	otros costos.
	pacientes	pacientes	pacientes	
	hospitalizados" en este	hospitalizados" en este	hospitalizados" en este	
	manual para informarse	manual para informarse	manual para informarse	
	sobre otros costos.	sobre otros costos.	sobre otros costos.	
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Diagnóstico por imágenes <sup>1,2</sup>	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.

DD	IMAC MENCHAL		Del 1 de enero al 31 de dicier		OS SERVICIOS CUBIERTOS
	s y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)
0	Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética)	Dentro de la red: Copago de \$140 a \$180, según el servicio  Fuera de la red:	Dentro de la red: Copago de \$140 a \$180, según el servicio Fuera de la red:	Dentro de la red: Copago de \$125 a \$160, según el servicio  Fuera de la red:	Dentro de la red: Copago de \$75 a \$100, según el servicio  Fuera de la red:
	magnetica)	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo
0	Servicios de laboratorio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$130, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$130, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$120, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$80, según el servicio
		Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo
0	Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$375, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$350, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$325, según el servicio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$275, según el servicio
		Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo
0	Radiografías para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$100	Dentro de la red: Copago de \$100	Dentro de la red: Copago de \$90	Dentro de la red: Copago de \$50
		Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo
0	Servicios de radiología terapéutica (p. ej.,	Dentro de la red: Copago de \$60	Dentro de la red: Copago de \$60	Dentro de la red: Copago de \$60	Dentro de la red: Copago de \$60
	tratamientos de radioterapia contra el cáncer)	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo

# RESUMEN DE BENEFICIOS Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)
Servicios para el cuidado	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:
de la audición	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$45
<ul> <li>Examen de audición de rutina</li> </ul>	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:
addiction do raying	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$45
	Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.	Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.	Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.	Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.
<ul> <li>Examen de</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:
audición de	Copago de \$50 por	Copago de <b>\$50</b> por	Copago de <b>\$50</b> por	Copago de \$40 por exámenes de
diagnóstico	exámenes de equilibrio	exámenes de equilibrio	exámenes de equilibrio	equilibrio y de audición de
	y de audición de	y de audición de	y de audición de	diagnóstico cubiertos por Medicare
	diagnóstico cubiertos	diagnóstico cubiertos	diagnóstico cubiertos	cuando sean médicamente
	por Medicare cuando	por Medicare cuando	por Medicare cuando	necesarios.
	sean médicamente	sean médicamente	sean médicamente	
	necesarios.	necesarios.	necesarios.	Fuera de la red:
	Fuera de la red: Coseguro del 30% por exámenes de equilibrio y de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios.	Fuera de la red: Coseguro del 30% por exámenes de equilibrio y de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios.	Fuera de la red: Coseguro del 30% por exámenes de equilibrio y de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios.	Coseguro del <b>30%</b> por exámenes de equilibrio y de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios.

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS	
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)	
Audífonos (hasta)	Advanced:	Advanced:	Advanced:	Advanced:	
`	Copago de \$699 por	Copago de \$699 por	Copago de \$699 por	Copago de <b>\$699</b> por audífono	
2 audífonos por	audífono	audífono	audífono	Copago de \$099 por auditorio	
año, uno por oído	audifolio	audifolio	audifolio	Premium:	
por año; el	Premium:	Premium:	Premium:		
beneficio se limita a los				Copago de <b>\$999</b> por audífono	
	Copago de \$999 por	Copago de \$999 por	Copago de \$999 por	I	
audífonos	audífono	audífono	audífono	Las compras de audífonos	
TruHearing	T	T	T	incluyen lo siguiente:	
Advanced y	Las compras de	Las compras de	Las compras de	3 visitas al proveedor dentro del	
Premium)	audífonos incluyen lo	audífonos incluyen lo	audífonos incluyen lo	primer año de la compra del	
	siguiente:	siguiente:	siguiente:	audífono; período de prueba de	
	3 visitas al proveedor	3 visitas al proveedor	3 visitas al proveedor	45 días; garantía extendida de	
	dentro del primer año de	dentro del primer año de	dentro del primer año de	3 años.	
	la compra del audífono;	la compra del audífono;	la compra del audífono;	48 baterías por audífono	
	período de prueba de	período de prueba de	período de prueba de		
	45 días; garantía	45 días; garantía	45 días; garantía		
	extendida de 3 años.	extendida de 3 años.	extendida de 3 años.		
	48 baterías por audífono	48 baterías por audífono	48 baterías por audífono		
	Debe consultar a un	Debe consultar a un	Debe consultar a un	Debe consultar a un proveedor	
	proveedor de	proveedor de	proveedor de	de TruHearing para usar este	
	TruHearing para usar	TruHearing para usar	TruHearing para usar	beneficio.	
	este beneficio.	este beneficio.	este beneficio.	Llame al	
	Llame al	Llame al	Llame al	1-844-341-9611 para programar	
	1-844-341-9611 para	1-844-341-9611 para	1-844-341-9611 para	una cita.	
	programar una cita.	programar una cita.	programar una cita.		

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBR	<u>E</u> CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS	
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)	
Servicios dentales  o Servicios cubiertos por Medicare	Dentro de la red: Copago de \$50  Fuera de la red: 30% del costo  Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.	Dentro de la red: Copago de \$50  Fuera de la red: 30% del costo  Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.	Dentro de la red: Copago de \$50  Fuera de la red: 30% del costo  Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.	Dentro de la red: Copago de \$40  Fuera de la red: 30% del costo  Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.	
o Servicios dentales preventivos (incluyen 2 limpiezas, 2 exámenes y 2 series de radiografías con aleta de mordida por año)	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 proveedores de cuidado dental no preferidos ("que no forman parte de la red") pueden "facturar saldos adicionales" por servicios que superen el monto máximo permitido.	Los servicios dentales integrales están incluidos (consulte a continuación).	

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019						
PRIMAS MENSUAL	PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS					
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)		
o Servicios dentales integrales (incluyen servicios dentales preventivos y cobertura para servicios básicos, mayores y de restauración)	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 y Fuera de la red: No se aplican copagos para los servicios dentales preventivos.  Coseguro del 30% para los siguientes servicios: cirugía bucal, anestesia general, endodoncia, periodoncia, tratamiento paliativo, servicios de restauración básicos y consultas con especialistas.  Coseguro del 50% para los siguientes servicios: corona, incrustaciones/sobreincrustaciones, prótesis, servicios de restauración mayores y reparaciones de dentaduras postizas.  Los proveedores de cuidado dental no preferidos ("que no forman parte de la red") pueden "facturar saldos adicionales" por servicios que superen el monto máximo permitido.		

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)
Servicios para la vista <sup>1</sup>	Dentro de la red:			
<ul> <li>Servicios</li> </ul>	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20
cubiertos por				
Medicare	Fuera de la red:			
(1 examen de la	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo
vista anual para				
el diagnóstico y el				
tratamiento de				
enfermedades y				
afecciones de la				
vista [que incluye				
el examen anual				
de detección de				
glaucoma])				
<ul> <li>Servicios para la</li> </ul>	Dentro de la red:			
vista de rutina	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de \$25
(Limitados a 1				
examen de la	Fuera de la red:			
vista de rutina	Reembolso de \$25	Reembolso de \$25	Reembolso de \$25	Reembolso de \$25
por año)				
	Incluye una cantidad	Incluye una cantidad	Incluye una cantidad	Incluye una cantidad asignada de
	asignada de \$150 por	asignada de \$150 por	asignada de \$150 por	\$150 por año para un conjunto
	<b>año</b> para un conjunto	<b>año</b> para un conjunto	<b>año</b> para un conjunto	completo de anteojos o lentes de
	completo de anteojos o	completo de anteojos o	completo de anteojos o	contacto.
C	lentes de contacto.	lentes de contacto.	lentes de contacto.	Description 1
Servicios de salud mental	Dentro de la red:			
Visita para	Copago de \$375 por día	Copago de \$350 por día	Copago de \$325 por día	Copago de \$275 por día para los
pacientes hospitalizados	para los días 1 a 5. No	para los días 1 a 5. No	para los días 1 a 5. No	días 1 a 6. No debe pagar nada por día para los días 7 a 90.
nospitanzados				uia para ius uias / a 90.

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019				
PRIMAS MENSUAI	LES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS	
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)	
	debe pagar nada por día	debe pagar nada por día	debe pagar nada por día		
	para los días 6 a 90.	para los días 6 a 90.	para los días 6 a 90.	Fuera de la red: Copago de \$500 o el 30% del	
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	costo por estadía, según el servicio	
	Copago de \$500 o el	Copago de \$500 o el	Copago de \$500 o el		
	30% del costo por	30% del costo por	30% del costo por		
	estadía, según el	estadía, según el	estadía, según el		
	servicio	servicio	servicio		
<ul> <li>Visita de terapia</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
de grupo para	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	
pacientes					
ambulatorios	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	
	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de <b>\$65</b>	Copago de \$65	
<ul> <li>Visita de terapia</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
individual para	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de <b>\$40</b>	
pacientes					
ambulatorios	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	
	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$65	Copago de \$65	
Centro de enfermería	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	
especializada (SNF, en	Copago de <b>\$20</b> por día	Copago de \$20 por día	Copago de \$20 por día	Copago de \$20 por día para los	
inglés)	para los días 1 a 20;	para los días 1 a 20;	para los días 1 a 20;	días 1 a 20; copago de <b>\$90</b> por día	
	copago de <b>\$150</b> por día	copago de <b>\$150</b> por día	copago de \$150 por día	para los días 21 a 34.	
	para los días de 21 a 34.	para los días de 21 a 34.	para los días de 21 a 34.	No paga nada por día para los días	
	No paga nada por día	No paga nada por día	No paga nada por día	de 35 a 100.	
	para los días de 35 a	para los días de 35 a	para los días de 35 a		
	100.	100.	100.	Fuera de la red:	
				30% del costo por estadía	
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:		

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS								
PRIMAS MENSUAI	LES DEL PLAN, DEDUC	IBLES Y LIMITES SOB		OS SERVICIOS CUBIERTOS				
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)				
	30% del costo por	30% del costo por	30% del costo por					
	estadía	estadía	estadía					
Servicios de	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:				
rehabilitación para	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15				
pacientes ambulatorios								
<ul> <li>Rehabilitación</li> </ul>	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:				
cardíaca	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo				
<ul> <li>Terapia</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:				
ocupacional	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de <b>\$20</b>	Copago de \$15				
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:				
	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo				
<ul> <li>Fisioterapia y</li> </ul>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:				
terapia del habla	Copago de \$25	Copago de \$25	Copago de <b>\$20</b>	Copago de \$15				
y del lenguaje								
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:				
	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo				
Ambulancia	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:				
	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$200	Copago de \$200				
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:				
1.2	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo				
Transporte <sup>1,2</sup>	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:				
	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada				
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:				
	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada	No debe pagar nada				

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019							
PRIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRI	<u>E CUÁNTO PAGA POR L</u>	OS SERVICIOS CUBIERTOS			
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)			
Atención de los pies (servicios de podiatría)  o Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$65			
ciertas condiciones  Equipos/Suministros médicos  Equipo médico duradero¹ (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	Dentro de la red: 20% del costo  Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: 20% del costo  Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: 20% del costo  Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: 10% del costo  Fuera de la red: 30% del costo			
	Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.			
<ul> <li>Suministros para el control de la diabetes</li> </ul>	Dentro de la red: Del 0% al 20% del costo, según el suministro	Dentro de la red: Del 0% al 20% del costo, según el suministro	Dentro de la red: Del 0% al 20% del costo, según el suministro	Dentro de la red: Del 0% al 10% del costo, según el suministro			

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019							
PF	RIMAS MENSUAL	ES DEL PLAN, DEDUCII	BLES Y LÍMITES SOBRI	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS			
Prima	s y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)			
		Fuera de la red: 30% del costo						
0	Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Dentro de la red: No debe pagar nada						
		Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo	Fuera de la red: 30% del costo			
0	Zapatos o plantillas ortopédicos	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 10% del costo			
		Fuera de la red: 30% del costo						
0	Aparatos prostéticos (aparatos,	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 20% del costo	Dentro de la red: 10% del costo			
	extremidades artificiales, etcétera) <sup>1</sup>	Fuera de la red: 30% del costo						
Progra	mas de bienestar Educación de la salud y bienestar	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.			
		Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como	Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como	Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como	Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo			

PRIMAS MENSU	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019  PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS							
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)				
	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.	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.	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.	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.  Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.				
	Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.					
o Buen estado físico	El beneficio para el buen estado físico no 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 Freedom Rx.	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 Freedom Rx Enhanced.	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 Freedom Rx Select.  Visite SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo				

Dei 1 de elleto al 31 de diciembre de 2019							
PRIMAS MENSUAL	LES DEL PLAN, DEDUCI	BLES Y LÍMITES SOBRE	E CUÁNTO PAGA POR L	OS SERVICIOS CUBIERTOS			
Primas y beneficios	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Rx Select (PPO)			
		Visite SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año	Visite SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año	inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.			
		del plan.	del plan.				
Medicamentos de la	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:			
Parte B de Medicare	20% del costo	20% del costo	20% del costo	20% del costo			
o Medicamentos							
para	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:			
quimioterapia <sup>1</sup>	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo			
o Otros	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:			
medicamentos de	20% del costo	20% del costo	20% del costo	20% del costo			
la Parte B <sup>1</sup>							
	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:	Fuera de la red:			
	30% del costo	30% del costo	30% del costo	30% del costo			

			Del 1	de enero al	31 de diciembr	re de 2019					
	Freedom Basic (PPO)	Freed	lom Rx (PPC	<b>)</b> )	Freedom I	Freedom Rx Enhanced (PPO)			Freedom Select (PPO)		
Deducible	No deducible	Tu pagas \$25	0 deducible p	or Nivel	Tu pagas \$17	5 deducible 1	or Nivel	No deducible	:		
		3, 4, y 5.			3, 4, y 5.						
Cobertura	Nuestro plan	Pagará lo sigu	niente hasta q	ue su	Pagará lo sigu	uiente hasta q	ue su total	Pagará lo sig	uiente hasta q	ue su total	
inicial	no cubre	total del costo	anual de los		del costo anu			del costo anu	al de los medi	camentos	
	medicamento	medicamento		<b>\$3,820</b> .	alcance los \$3				<b>3,820</b> . El cost		
	s con receta	El costo anua			total de los m				edicamentos		
	de la Parte D.	medicamento			total de los m		-		edicamentos	-	
		los medicame		•	y nuestro plai	n de la Parte I	O pagaron.	y nuestro plai	n de la Parte I	) pagaron.	
		nuestro plan o									
			npartido min	orista	Costo compartido minorista			Costo compartido minorista			
			estándar			estándar	la	estándar			
		Nivel	Suminist	Suminist	Nivel	Suminist	Suminist	Nivel	Suminist	Suminis	
			ro de 30 días	ro de 90 días		ro de 30 días	ro de 90 días		ro de 30 días	tro de 90 días	
		Nivel 1	Copago de	Copago	Nivel 1	Copago de	Copago	Nivel 1	Copago de	Copago	
		(genéricos	<b>\$8</b>	de <b>\$20</b>	(genéricos	\$6	de <b>\$15</b>	(genéricos	\$3	de <b>\$7.50</b>	
		preferidos)			preferidos)			preferidos)			
		Nivel 2	Copago de	Copago	Nivel 2	Copago de	Copago	Nivel 2	Copago de	Copago	
		(genéricos	<b>\$16</b>	de <b>\$40</b>	(genéricos	\$14	de <b>\$35</b>	(genéricos	\$12	de <b>\$30</b>	
		no			no			no			
		preferidos)			preferidos)			preferidos)			
		Nivel 3	Copago de	Copago	Nivel 3	Copago de	Copago	Nivel 3	Copago de	Copago	
		(marcas	<b>\$47</b>	de	(marcas	\$47	de	(marcas	\$47	de	
		preferidas)		\$117.50	preferidas)		\$117.50	preferidas)		\$117.50	
		Nivel 4	Copago de	Copago	Nivel 4	Copago de	Copago	Nivel 4	Copago de	Copago	
		(marca no	<b>\$100</b>	de <b>\$250</b>	(marca no	\$100	de <b>\$250</b>	(marca no	\$100	de <b>\$250</b>	
		preferida)			preferida)			preferida)			

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019										
	reedom sic (PPO)	Freed	om Rx (PP	0)	Freedom F	Rx Enhanced	(PPO)	Freedom Select (PPO)		
		Nivel 5 (especializa dos)	28% del costo	28% del costo	Nivel 5 (especializa dos)	29% del costo	29% del costo	Nivel 5 (especializa dos)	33% del costo	33% del costo
		Nivel 6	Copago de <b>\$4</b>	Copago de \$10	Nivel 6 (nivel de medicament os de atención médica seleccionad os)	Copago de \$3	Copago de \$7.50	Nivel 6 (nivel de medicament os de atención médica seleccionad os)	Copago de <b>\$0</b>	Copago de <b>\$0</b>
		Costo compartido de pedido por correo estándar			Costo compartido de pedido por correo estándar		Costo compartido de pedido por correo estándar			
		Nivel	Sumi 90 día	nistro de Is	Nivel	Suminis días	tro de 90	Nivel	Sum 90 di	inistro de as
		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copaş	go de <b>\$16</b>	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago	de <b>\$12</b>	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copa	go de <b>\$6</b>
		Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copaş	go de <b>\$32</b>	Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Copago	de <b>\$28</b>	Nivel 2 (genéricos no preferidos)	_	go de <b>\$24</b>
		Nivel 3 (marca preferidas)	as Copaş	go de <b>\$94</b>	Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago	de <b>\$94</b>	Nivel 3 (marc preferidas)	eas Copa	go de <b>\$94</b>
		Nivel 4 (marca no preferida)	1 \	go de <b>\$200</b>	Nivel 4 (marc no preferida)	1 0		Nivel 4 (marc no preferida)	•	go de <b>\$200</b>
		Nivel 5 (especializado		del costo	Nivel 5 (especializado )	29% del	costo	Nivel 5 (especializado		del costo

			Del 1 de enero al	31 de diciembre d	e 2019			
	Freedom Basic (PPO)	Freedom 1	Rx (PPO)	Freedom Rx	Enhanced (PPO)	Freedom Se	Freedom Select (PPO)	
		Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$8	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$6	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$0	
		Si reside en un cen médica a largo plas mismo que en una minorista.	zo, pagará lo	Si reside en un c médica a largo p mismo que en un minorista.		Si reside en un cen médica a largo pla mismo que en una minorista.	zo, pagará lo	
		Puede comprar me una farmacia que n la red al mismo cos farmacia que forma	o forma parte de sto que en una	una farmacia que la red al mismo	nedicamentos en e no forma parte de costo que en una ma parte de la red.	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.		
Lapso en la cobertura		La mayoría de los medicamentos de Nuna interrupción er (también llamada l cobertura). Esto qui hay un cambio pro usted pagará por su El lapso en la cobe después de que el code los medicament que nuestro plan pagó) alcance los	planes de Medicare tienen n la cobertura apso en la tiere decir que visional en lo que us medicamentos. rtura comienza costo anual total os (que incluye lo agó y lo que usted 63,820.	La mayoría de lo medicamentos duna interrupción (también llamad cobertura). Esto hay un cambio pusted pagará por El lapso en la codespués de que ed los medicame lo que nuestro plusted pagó) alca	farmacia que forma parte de la red.  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		planes de Medicare tienen n la cobertura apso en la niere decir que visional en lo que us medicamentos. ertura comienza costo anual total cos (que incluye n pagó y lo que e los \$3,820.	
		Luego de que ingre de lapso en la cobe	-		grese en el período bertura, usted paga	Luego de que ingre de lapso en la cobe		

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019						
Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Free	edom S	elect (PPO	)
, ,	el 30% del costo del plan para	el 30% del costo del plan para	el <b>30%</b> de	costo	del plan pai	ra
	medicamentos de marca cubiertos y	medicamentos de marca cubiertos y			marca cubi	
	el 37% del costo del plan para	el 37% del costo del plan para	el <b>37%</b> de	l costo d	del plan pai	ra
	medicamentos genéricos cubiertos	medicamentos genéricos cubiertos			néricos cub	
	hasta que su costo alcance un total	hasta que su costo alcance un total	hasta que s	u costo	alcance un	total
	de \$5,100, lo que marca el final del	de \$5,100, lo que marca el final del			marca el fin	
	período de lapso en la cobertura. No	período de lapso en la cobertura. No	período de	lapso e	n la cobert	ura. No
	todos ingresarán al período de lapso	todos ingresarán al período de lapso			l período d	e lapso
	en la cobertura.	en la cobertura.	en la cobei	tura.		
					olan, es pos	
			1 1 0		nos por los	
					marca y ge	
					camentos.	
			costos varí	_		
			que usar su			entos
			para conoc			-
					onsulte el c	
			continuaci	ón para	saber cuán	to le
			costará.			• .
			Costo o		tido minoı ndar	rista
			Nivel	Medi		Sumi
			Mivei		stro de	nistr
				came ntos	30 días	o de
				cubie	ou ulas	90
				r-		días
				tos		aias
			Nivel 1	Tod	Copago	Copago
			(genéric	OS	de <b>\$3</b>	de <b>\$7.50</b>
			Scholle	35	αυ ψυ	αυ φπου

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019							
Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Fre	edom S	elect (PPC	<b>O</b> )	
			os preferid os)				
			Nivel 2 (genéric os no preferid os)	Tod os	Copago de \$12	Copago de \$30	
			Nivel 6 (seleccio na-do)	Tod os	Copago de <b>\$0</b>	Copago de \$0	
					do de pedi estándar	ido por	
			Nivel	Medi	camen	Sumini	
				tos cubie		stro de 90 días	
			Nivel 1 (genéric os preferid os)	Todos	3	Copago de <b>\$6</b>	
			Nivel 2 (genéric os no preferid os)	Todos	3	Copago de <b>\$24</b>	
			Nivel 6 (nivel de medica-	Todos	3	Copago de <b>\$0</b>	

		Del 1 de enero al	31 de diciembre de 2019	
	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Select (PPO)
				mentos de atención médica seleccion a-dos)
Cobertura		Después de que el costo anual de	Después de que el costo anual de sus	Después de que el costo anual de
para casos		sus gastos de bolsillo para	gastos de bolsillo para medicamentos	sus gastos de bolsillo para
catastróficos		medicamentos (incluye los	(incluye los medicamentos que	medicamentos (incluye los
		medicamentos que compre en su	compre en su farmacia minorista y de	medicamentos que compre en su
		farmacia minorista y de pedidos por	pedidos por correo postal) alcance un	farmacia minorista y de pedidos por
		correo postal) alcance un total de	total de \$5,100, usted paga la	correo postal) alcance un total de
		\$5,100, usted paga la cantidad que	cantidad que resulte mayor entre lo	\$5,100, usted paga la cantidad que
		resulte mayor entre lo siguiente:	siguiente:	resulte mayor entre lo siguiente:
		el 5% del costo o un copago de	el 5% del costo o un copago de	el 5% del costo o un copago de
		<b>\$3.40</b> para medicamentos genéricos	<b>\$3.40</b> para medicamentos genéricos	<b>\$3.40</b> para medicamentos genéricos
		(incluidos los medicamentos de	(incluidos los medicamentos de	(incluidos los medicamentos de
		marca tratados como genéricos) y la	como genéricos) y la marca tratados como genéricos) y la marca tratados com	
		cantidad que resulte mayor entre el	cantidad que resulte mayor entre el	cantidad que resulte mayor entre el
		5% del costo o un copago de \$8.50	5% del costo o un copago de \$8.50	5% del costo o un copago de \$8.50
		para todos los demás medicamentos.	para todos los demás medicamentos.	para todos los demás
				medicamentos.

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage PPO 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:
  - o 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:
  - o 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 <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a>.