

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 <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.

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 Select-005 (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 www.SeniorCarePlus.com. 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 www.SeniorCarePlus.com. 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 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.	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. \$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de	Límite anual en este plan: \$3,400 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de	Límite anual en este plan: \$3,400 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para los servicios recibidos de	Límite anual en este plan: \$3,000 por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red. \$5,100 por los servicios que recibe de proveedores que no forman parte de la red. \$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.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
	proveedores que forman parte de la red y que no forman parte de la red se tendrá en cuenta para calcular este límite.	proveedores que forman parte de la red y que no forman parte de la red se tendrá en cuenta para calcular este límite.	proveedores que forman parte de la red y que no forman parte de la red se tendrá en cuenta para calcular este límite.	
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}	Dentro de la red: - Copago de \$375 por día para los días 1 a 5 - No debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: - Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	Dentro de la red: - Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 - No debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: - Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	Dentro de la red: - Copago de \$325 por día para los días 1 a 5 - No debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: - Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	Dentro de la red: - Copago de \$275 por día para los días 1 a 6 - No debe pagar nada por día para los días 7 a 90. Fuera de la red: - Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio
	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	Dentro de la red: Copago de \$375 Fuera de la red: Coseguro del 30%	Dentro de la red: Copago de \$350 Fuera de la red: Coseguro del 30%	Dentro de la red: Copago de \$325 Fuera de la red: Coseguro del 30%	Dentro de la red: Copago de \$275 Fuera de la red: Coseguro del 30%

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
Visitas a médicos Atención primaria	Dentro de la red: Copago de \$20 por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red. Fuera de la red: Copago de \$35	Dentro de la red: Copago de \$20 por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red. Fuera de la red: Copago de \$35	Dentro de la red: Copago de \$15 por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red. Fuera de la red: Copago de \$35	Dentro de la red: Copago de \$10 por visitas a todos los demás médicos de atención primaria que forman parte de la red. Fuera de la red: Copago de \$25
Especialistas	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
Atención médica preventiva	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo
	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.	Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Atención médica de emergencia	Copago de \$120	Copago de \$120	Copago de \$120	Copago de \$120
	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte	Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte de la atención médica de emergencia.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
	del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.	del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.	del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.	Consulte la sección “Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.
Servicios de urgencia	Copago de \$30 a \$65 , según el servicio	Copago de \$30 a \$65 , según el servicio	Copago de \$25 a \$65 , según el servicio	Copago de \$15 a \$35 , 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 “Cobertura 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 “Cobertura 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 “Cobertura 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 “Cobertura 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.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
○ Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética)	Dentro de la red: Copago de \$140 a \$180 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$140 a \$180 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$125 a \$160 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$75 a \$100 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo
○ Servicios de laboratorio	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$130 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$130 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$120 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$80 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo
○ Procedimientos y pruebas de diagnóstico	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$375 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$350 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$325 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$0 a \$275 , según el servicio Fuera de la red: 30% del costo
○ Radiografías para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$100 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$100 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$90 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 30% del costo
○ Servicios de radiología terapéutica (p. ej., tratamientos de radioterapia contra el cáncer)	Dentro de la red: Copago de \$60 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$60 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$60 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$60 Fuera de la red: 30% del costo

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
Servicios para el cuidado de la audición Examen de audición de rutina	Dentro de la red: Copago de \$45 Fuera de la red: Copago de \$45 <i>Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.</i>	Dentro de la red: Copago de \$45 Fuera de la red: Copago de \$45 <i>Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.</i>	Dentro de la red: Copago de \$45 Fuera de la red: Copago de \$45 <i>Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.</i>	Dentro de la red: Copago de \$45 Fuera de la red: Copago de \$45 <i>Limitado a 1 examen de audición de rutina por año. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar el beneficio.</i>
Examen de audición de diagnóstico	Dentro de la red: Copago de \$50 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.	Dentro de la red: Copago de \$50 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.	Dentro de la red: Copago de \$50 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.	Dentro de la red: Copago de \$40 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.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
○ Audífonos (<i>hasta 2 audífonos por año, uno por oído por año; el beneficio se limita a los audífonos TruHearing Advanced y Premium</i>)	Advanced: Copago de \$699 por audífono Premium: Copago de \$999 por audífono Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: 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	Advanced: Copago de \$699 por audífono Premium: Copago de \$999 por audífono Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: 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	Advanced: Copago de \$699 por audífono Premium: Copago de \$999 por audífono Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: 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	Advanced: Copago de \$699 por audífono Premium: Copago de \$999 por audífono Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: 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.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
Servicios dentales ○ Servicios cubiertos por Medicare	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 30% del costo <i>Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.</i>	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 30% del costo <i>Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.</i>	Dentro de la red: Copago de \$50 Fuera de la red: 30% del costo <i>Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.</i>	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: 30% del costo <i>Esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes.</i>
○ 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).

RESUMEN DE BENEFICIOS				
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)
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.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
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 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 30% del costo
Servicios para la vista de rutina (Limitados a 1 examen de la vista de rutina por año)	Dentro de la red: Copago de \$25 Fuera de la red: Reembolso 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 Fuera de la red: Reembolso 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 Fuera de la red: Reembolso 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 Fuera de la red: Reembolso 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	Dentro de la red: Copago de \$375 por día para los días 1 a 5. No	Dentro de la red: Copago de \$350 por día para los días 1 a 5. No	Dentro de la red: Copago de \$325 por día para los días 1 a 5. No	Dentro de la red: Copago de \$275 por día para los días 1 a 6. No debe pagar nada por día para los días 7 a 90.

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
	debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	debe pagar nada por día para los días 6 a 90. Fuera de la red: Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio	Fuera de la red: Copago de \$500 o el 30% del costo por estadía, según el servicio
○ Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$65
○ Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$75	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$65	Dentro de la red: Copago de \$40 Fuera de la red: Copago de \$65
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Dentro de la red: 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. Fuera de la red:	Dentro de la red: 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. Fuera de la red:	Dentro de la red: 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. Fuera de la red:	Dentro de la red: Copago de \$20 por día para los días 1 a 20; copago de \$90 por día para los días 21 a 34. No paga nada por día para los días de 35 a 100. Fuera de la red: 30% del costo por estadía

RESUMEN DE BENEFICIOS				
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)
	30% del costo por estadía	30% del costo por estadía	30% del costo por estadía	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Copago de \$15	Dentro de la red: Copago de \$15	Dentro de la red: Copago de \$15	Dentro de la red: Copago de \$15
○ Rehabilitación cardíaca	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
○ Terapia ocupacional	Dentro de la red: Copago de \$25	Dentro de la red: Copago de \$25	Dentro de la red: Copago de \$20	Dentro de la red: Copago de \$15
	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
○ Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Dentro de la red: Copago de \$25	Dentro de la red: Copago de \$25	Dentro de la red: Copago de \$20	Dentro de la red: Copago de \$15
	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
Ambulancia	Dentro de la red: Copago de \$250	Dentro de la red: Copago de \$250	Dentro de la red: Copago de \$200	Dentro de la red: Copago de \$200
	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
Transporte ^{1,2}	Dentro de la red: No debe pagar nada	Dentro de la red: No debe pagar nada	Dentro de la red: No debe pagar nada	Dentro de la red: No debe pagar nada
	Fuera de la red: No debe pagar nada	Fuera de la red: No debe pagar nada	Fuera de la red: No debe pagar nada	Fuera de la red: No debe pagar nada

RESUMEN DE BENEFICIOS				
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)
Atención de los pies (servicios de podiatría) Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple ciertas condiciones	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
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 Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.	Dentro de la red: 20% 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.	Dentro de la red: 20% 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.	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.
Suministros para el control de la diabetes	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

RESUMEN DE BENEFICIOS

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)
	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
○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo	Dentro de la red: No debe pagar nada Fuera de la red: 30% del costo
○ Zapatos o plantillas ortopédicos	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
○ Aparatos prostéticos (aparatos, extremidades artificiales, etcétera) ¹	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
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 bienestar cubiertos por Medicare. <i>Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como</i>	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare. <i>Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como</i>	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare. <i>Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como</i>	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare. <i>Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo</i>

RESUMEN DE BENEFICIOS

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. Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	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. Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	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. Fuera de la red: Coseguro del 30% por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.	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.
○ Buen estado físico	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 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

RESUMEN DE BENEFICIOS				
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)
		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 del plan.	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 del plan.	inscribirse en 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 quimioterapia¹	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: 20% del costo Fuera de la red: 30% del costo
Otros medicamentos de la Parte B¹	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: 20% del costo Fuera de la red: 30% del costo

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA**RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)			Freedom Rx Enhanced (PPO)			Freedom Select (PPO)		
Deducible	No deducible	Tu pagas \$250 deducible por Nivel 3, 4, y 5.			Tu pagas \$175 deducible por Nivel 3, 4, y 5.			No deducible		
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.		
		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 \$8	Copago de \$20	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$15	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

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA**RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)			Freedom Rx Enhanced (PPO)			Freedom Select (PPO)		
		Nivel 5 (especializados)	28% del costo	28% del costo	Nivel 5 (especializados)	29% del costo	29% del costo	Nivel 5 (especializados)	33% del costo	33% del costo
		Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$4	Copago de \$10	Nivel 6 (nivel de medicamentos de atención médica seleccionados)	Copago de \$3	Copago de \$7.50	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 \$16		Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$12		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	
		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)	28% del costo		Nivel 5 (especializados)	29% del costo		Nivel 5 (especializados)	33% del costo	

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA**RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)		Freedom Rx Enhanced (PPO)		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 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.	
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		Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga		Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga	

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

RESUMEN DE BENEFICIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Select (PPO)			
		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.	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.	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. En virtud de este plan, es posible que pague aún menos por los medicamentos de marca y genéricos de la lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Tendrá 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 (genérico)	Todos	Copago de \$3	Copago de \$7.50

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA**RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

	Freedom Basic (PPO)	Freedom Rx (PPO)	Freedom Rx Enhanced (PPO)	Freedom Select (PPO)			
				Medicamentos preferidos			
				Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Todos	Copago de \$12	Copago de \$30
				Nivel 6 (seleccionado)	Todos	Copago de \$0	Copago de \$0
				Costo compartido de pedido por correo estándar			
				Nivel	Medicamentos cubiertos	Suministro de 90 días	
				Nivel 1 (genéricos preferidos)	Todos	Copago de \$6	
				Nivel 2 (genéricos no preferidos)	Todos	Copago de \$24	
				Nivel 6 (nivel de medicación)	Todos	Copago de \$0	

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA						
RESUMEN DE BENEFICIOS						
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 seleccionados)		
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: 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.	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.	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.		

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:
 - 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>.